

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o 681

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel FILDERMAN

Né le 7 janvier 1908, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'HÉMOCRINOTHÉRAPIE

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel FILDERMAN

Né le 7 janvier 1908, à Paris

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'HÉMOCRINOTHÉRAPIE

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DEGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU .. Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHE Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A CELUI QUI EST A LA FOIS MON PÈRE ET MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR LÉON FILDERMAN

A MA MÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR ARNAULT TZANCK

Médecin de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOEPER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES :

MM. LES PROFESSEURS :

WIDAL (*in memoriam*)
LEJARS (*in memoriam*)
ENRIQUEZ (*in memoriam*)
GOSSET
OMBRÉDANNE
LAIGNEL-LAVASTINE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ :

PASTEUR VALLERY-RADOT

MM. LES DOCTEURS :

LOUSTE (*in memoriam*)
HERSCHER
LYON-CAEN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES DOCTEURS :

HILLEMANT
DUMAS
CAROLI
GUEDE
DEROT
DELAFONTAINE
LAMBLING
GÉRARD MARCHANT
LECOEUR
POSTEL

A MES CAMARADES

L'HÉMOCRINOTHÉRAPIE

GÉNÉRALITÉS

La méthode thérapeutique qui fait l'objet de cette thèse, n'est nullement une nouveauté. Voici en effet plus de sept ans que le Dr Léon Filderman exposa, pour la première fois, devant la *Société médicale des Praticiens*, les essais qu'il avait entrepris depuis plusieurs années, au sujet de cette méthode, consistant en injections intra-musculaires d'un mélange de sang et d'extrait glandulaire. Il n'appliquait alors la méthode qu'à l'obésité, l'eczéma, les furonculoses et autres affections relevant plus ou moins manifestement de la toxémie variqueuse. Depuis lors, sous la poussée des faits cliniques, les indications de la méthode se sont considérablement étendues, mais sa technique n'a pas varié et les règles générales de son application n'ont fait que se préciser.

TECHNIQUE

Le manuel opératoire est des plus simples : on aspire dans une seringue de 20 cmc. le contenu d'une ampoule d'extrait glandulaire correspondant à 2 gr.

de glande fraîche (pour la surrénale et l'hypophyse 1 gr. seulement et même 0 gr. 50 à la première injection).

Avec cette même seringue on ponctionne une veine du sujet (de préférence une varice ou tout au moins une veine du membre inférieur) et on aspire du sang jusqu'à réplétion de la seringue. On change d'aiguille et on injecte dans la fesse le mélange ainsi obtenu.

Les injections se répètent ainsi, à raison de trois par semaine : une par jour au début, dans les cas où il faut aller vite (anthrax, furoncles de la face, eczéma aigu). L'ensemble du traitement comporte le plus souvent une série de 12 piqûres, soit une durée d'un mois environ.

Les accidents et incidents que provoque la méthode sont pratiquement nuls : sur 347 malades traités nous ne trouvons que 2 cas d'abcès de la fesse dont 1 chez une paludéenne ancienne ayant fait à ce niveau des abcès quiniques. Une petite poussée fébrile à 38° environ s'est produite dans quelques cas, trois ou quatre heures après la piqûre. Tous ces incidents se sont produits avec la même boîte d'ampoules. Le laboratoire qui fournissait les extraits, en ayant été informé, a changé cette boîte et l'incident ne s'est plus renouvelé : il s'agissait évidemment de petits incidents de choc par désalbumination imparfaite des produits.

Le traitement n'entraîne pratiquement, à la suite de la piqûre, qu'une gêne légère qui se dissipe rapidement à la marche. Seuls les extraits surrénal et

hypophysaire postérieur ou total donnent, rarement d'ailleurs, une douleur toujours supportable, surtout si l'on a soin de diluer le produit dans une quantité suffisante de sang.

INDICATIONS

Les premiers essais de la méthode furent pratiqués dans les cas d'origine nettement variqueuse : ulcères variqueux rebelles, eczémas variqueux.

Ulcères variqueux. — La majorité des ulcères variqueux guérissent par le traitement oblitérant des varices. Réciproquement, un traitement général, laissant persister le trouble circulatoire local qui est à l'origine de l'ulcère serait absurde et donnerait des résultats nuls ou transitoires. Mais il est des cas où le seul aspect de la jambe avec gros œdème et ulcère étendu contrastant avec le petit volume des varices permet de soupçonner d'emblée qu'elles ne sont pas seules en cause. Souvent même l'ulcère siège du côté où il y a le moins de varices.

D'autres fois, c'est l'évolution de l'ulcère qui, après une amélioration considérable par le traitement oblitérant, s'arrête et se stabilise, bien que l'examen le plus minutieux ne montre aucune varice.

L'hémocrinothérapie est alors indiquée soit concurremment au traitement sclérosant pour accélérer

la guérison de l'ulcère, soit après lui pour parachever et consolider celle-ci, si elle est incomplète.

Les trois observations suivantes donneront une idée de ces indications :

OBSERVATION I. — M^{me} F..., 63 ans, *ulcère* de jambe depuis 20 ans, ancienne phlébite rhumatismale il y a 3 ans. A peine une petite varice. Le 1^{er} juin 1929 on commence l'hémocrinothérapie ovarienne et ce n'est que le 10, après que l'amélioration de l'ulcère par les trois premières piqûres a confirmé le diagnostic, qu'on sclérose la varice.

OBSERVATION II. — M^{me} X..., 30 ans, 1 enfant de 5 ans. *Varices* depuis 1918. *Ulcère* depuis 1919, a disparu, puis récidive. Amaigrissement continu. A l'examen, très grosses varices des deux membres inférieurs avec ulcère de la confluence interne entouré d'un eczéma suintant extrêmement rouge, faisant tout le tour de la jambe sur une hauteur de 18 centimètres. Placard eczémateux, grand comme une pièce de 2 francs à la face postérieure de la cuisse droite. Insuffisamment réglée depuis toujours, 54 kgr.900, trace d'albumine dans les urines. Pas de sucre.

Le 2 avril 1929 on commence le traitement : à chaque séance une hémocrino et une sclérose de varice.

Après 6 séances l'eczéma est complètement disparu, l'ulcère réduit aux dimensions d'une pièce de 1 franc. La fin de la série achève la guérison.

OBSERVATION III. — M. Lel... *Phlébite* rhumatismale double il y a 5 ans. *Ulcères* bilatéraux. *Varices* bilatérales

de la cuisse et de la jambe. Le 12 juin 1929 on entreprend le traitement sclérosant. Dès la première piqûre les ulcères sont très améliorés mais malgré 10 injections sclérosantes supprimant toutes les varices, les ulcères persistent encore. Le 3 décembre, après une série d'hémo-orchitique, on constate la guérison.

Le malade a été revu en bon état le 21 juin 1933.

*
* *

Eczémas. — Les eczémas variqueux du membre inférieur sont les premiers où la méthode fut appliquée. Ils réagissent au traitement de la même façon que l'ulcère dont, comme l'a fort bien montré M. Delater (3), ils constituent souvent une forme de début. Mais le plus souvent ils tendent à se généraliser, il est évident qu'alors le traitement local ne saurait y suffire. Un traitement général s'impose, l'hémocrinothérapie.

Même en l'absence de toutes varices les eczémas réagissent bien à la méthode et pratiquement tout eczéma, variqueux ou non, correctement traité, présente dès la troisième piqûre, parfois même avant, une amélioration nette qui, en un mois environ, aboutit à la guérison.

Voici trois observations démonstratives.

OBSERVATION IV. — M^{me} G..., 32 ans, *eczéma variqueux* jambe droite. Traitée classiquement pendant 4 mois sans résultat. Le 12 septembre 1929 on institue l'hémo-ova-

rienne. Dès le 14, l'amélioration est nette. Le 22, le diagnostic étant nettement confirmé par ce résultat, on commence à scléroser les varices, 2 piqûres y suffisent, et le 13 décembre tout est terminé. La malade a été vue depuis pour une nouvelle varice. La guérison de l'eczéma se maintient.

OBSERVATION V. — M. B... *Eczéma*. Intertrigo prurigineux du menton depuis 20 ans. Varices des membres inférieurs surtout gauches. Le 24 novembre 1932, on commence le traitement sclérosant qui, en 4 piqûres, supprime les varices. Le 8 décembre, on commence l'extrait hépatique. Le 19, n'ayant pas obtenu d'amélioration, on passe à l'extrait orchitique qu'on associe au bromure de strontium pour calmer le prurit et qui, avec 2 hémopancréatiques pour terminer, amènent la guérison.

OBSERVATION VI. — M^{me} Gu... *Eczéma vulvaire* ayant subi à Saint-Louis de nombreux traitements entre autres 10 auto-hémo.

Hémorroïdes associées. Le 20 décembre 1930 on institue l'hémo-ovarienne. Le 4 janvier on passe à l'hépatique et le 26 l'eczéma étant guéri on entreprend la cure des hémorroïdes par la méthode sclérosante.

*
* * *

Un grand nombre d'autres dermatoses relèvent de la méthode, au premier rang desquelles il convient de placer les **furoncles**, la **furunculose** et les **anthrax**. C'est en effet quelques heures après la première

piqûre que les douleurs cessent et que les réactions inflammatoires s'atténuent, soit que le furoncle s'ouvre et élimine son bourbillon, soit qu'il se résorbe. Dans les jours qui suivent on voit souvent se produire une poussée de furoncles nains et abortifs, véritable réaction focale qui siège fréquemment au niveau d'un ancien foyer cliniquement guéri. En quelques jours la guérison est complète. Mais il est nécessaire de prolonger le traitement complétant la série de 12 piqûres pour éviter les récides.

OBSERVATION VII. — M. Dem... *Furonculose* traînant depuis 1 an, surmenage à l'âge critique. Troubles digestifs, constipation.

La 1^{re} piqûre d'extrait orchitique amène la sédation des douleurs et l'évacuation des furoncles ; à la 9^e piqûre, le malade se considérant comme guéri interrompt le traitement.

Quelques mois après, récidence cédant de la même façon. Nouvelle interruption. Et ainsi par 3 fois l'affection récidive pour céder à la 1^{re} piqûre, de telle façon que le malade n'a pas la patience de continuer le traitement une fois guéri. Ce n'est que lorsqu'il se décide à le suivre jusqu'au bout que 11 injections d'extrait hépatique et 1 d'orchitique pour terminer, amènent une guérison qui se maintient depuis 6 ans.

* * *

La **sclérodermie** a procuré à M. Léon Filderman un brillant succès.

La malade avait été vue dans le service de M. le Professeur Sézary. Voici l'observation prise dans ce service :

OBSERVATION VIII. — 34 ans, ménagère, entre dans le service pour un durcissement de la peau. Le début remonte à 4 ans environ, la malade était alors enceinte de son 4^e enfant, quand un soir, alors qu'elle venait de laver le linge, ses 2 mains sont devenues subitement bleuâtres, extrêmement froides, comme mortes. Depuis ce jour-là ce phénomène d'asphyxie des doigts s'est reproduit assez souvent, de préférence l'hiver sous l'influence du froid ou de l'humidité, l'été, par contre, les mains sont très rouges, chaudes.

Mais ce qui a surtout inquiété la malade, c'est une rétraction progressive de la peau.

Le phénomène a commencé par les mains et les avant-bras, pour s'étendre ultérieurement au visage, au thorax et aux membres inférieurs.

La malade éprouvait de vives douleurs au niveau de chaque articulation des doigts, des brûlures intenses l'empêchant de dormir la nuit.

Aux mains l'extension des doigts était devenue impossible ; les ongles étaient le siège d'ulcérations ayant une seule fois entraîné la chute d'un ongle.

Les mouvements des articulations du coude et de l'épaule étaient également diminués.

Au visage, la malade ne pouvait plus plisser son front, sa mastication était fortement gênée du fait de la limitation du jeu des mâchoires.

Au thorax des phénomènes de cuissons douloureuses à prédominance nocturne sont également survenus, la peau s'est rétractée, ayant pour conséquence de redresser les seins quelque peu prolabés.

En plus une tache de sclérose cutanée, nummulaire, siégeant au 11^e espace intercostal, en arrière.

Les mouvements du coude, notamment ceux de latéralité, étaient fortement gênés.

L'abdomen paraît ne pas avoir été touché.

Aux membres inférieurs, mêmes phénomènes d'asphyxie, de doigts morts sous l'influence du froid.

Même douleur lorsqu'on touche les membres ou quand la malade essaie de marcher.

Depuis 1 an la malade a été soumise au traitement par les rayons X alternant avec les ultra-violets et l'opothérapie polyglandulaire. Au dire de la malade une grande amélioration s'est produite tant au visage qu'au cou, en même temps que ce traitement fit revenir les règles, disparues depuis un an à la suite d'une 5^e grossesse.

Antécédents personnels: réglée à 13 ans, bien réglée depuis, mari bien portant. A eu 4 enfants dont les deux premiers sont mort-nés, le 3^e est mort à 5 ans de rhumatismes cardiaques, le 4^e à l'âge de 2 ans.

Une 5^e grossesse, il y a 1 an et demi, ne fut pas portée à terme, l'enfant est mort au bout de 2 mois.

Elle a eu la scarlatine à 10 ans, le paludisme à 20 ans, un abcès au sein lors de sa 2^e grossesse, l'appendicite après la 3^e, enfin une pleurésie il y a 9 mois. Pendant 1 an la malade n'a pas été réglée. Ses règles sont revenues à la suite du traitement.

Père bien portant, un frère mort de typhoïde, une sœur bien portante.

Actuellement : la malade se plaint de douleurs, sensation de brûlure intense dans toutes les régions atteintes par la sclérodermie.

Au visage : la peau est tendue, se plisse mal, notamment aux os malaïres ; on remarque cependant des rides malgré la difficulté de plisser la peau. La malade ferme bien les yeux mais l'ouverture de la bouche est limitée.

Au thorax : la peau est également tendue, présentant un épaississement dur, scléreux, massif, légèrement douloureux à l'examen.

Les mains : la main est fléchie sur l'avant-bras, les doigts sur la paume de la main.

Impossibilité de l'extension de la main.

Les ongles de la main sont arrondis, atrophiés, les extrémités des doigts arrondis ont pris l'aspect de baguettes de tambour. Dans l'ensemble, la main gauche est moins atteinte que la main droite.

La peau des membres supérieurs et inférieurs présente les mêmes lésions de sclérose que nous avons vues au thorax et au visage, mais plus marquées sur les mains et les avant-bras.

La mobilisation des articulations est très douloureuse.

La sensibilité tactile, douloureuse, thermique est conservée, il existe une légère hyperesthésie.

Les réflexes rotuliens un peu vifs, achiliens normaux, pas de trépidation épileptoïde.

Aux membres supérieurs, réflexes des extenseurs, des fléchisseurs des longs supinateurs normaux.

Cœur normal. Pouls à 88. Tension 12/8 oscillation 2 à la radiale droite, 1'5 à la radiale gauche, 1 aux 2 tibiales au tiers inférieur de la jambe.

Poumon droit : en arrière submatité base droite, respiration légèrement diminuée par rapport au côté opposé ; en avant matité respiratoire diminuée, vibrations augmentées, frottement à la partie supérieure du poumon droit.

Poumon gauche normal.

Corps thyroïde normal.

Urine normale.

Foie et rate normaux.

Pas d'adénopathie.

Métabolisme basal, le 2 novembre 1929 + 2 %.

* * *

En dernier lieu cette malade avait reçu au mois de février 8 injections d'extrait ovarien sans résultat.

Un mois après, la malade considérée comme perdue, ayant quitté l'hôpital, on entreprend l'*hémocrinothérapie ovarienne*.

Après 3 injections la malade annonce, que, pour la première fois depuis 3 ans, elle a pu s'allonger dans son lit.

Après 28 injections, la malade fut présentée par le Dr Léon Filderman, à la Société de Médecine de Paris.

A ce moment elle ne souffre plus, elle ouvre la bouche aussi largement qu'avant d'être malade, la sclérose des seins a disparu de même que celle du thorax ; les mains, les bras, les jambes peuvent se mouvoir dans tous les sens sans limitation ; les doigts seuls gardent une partie de l'état scléreux, qui gêne partiellement les mouvements de flexion.

2 ans après la malade complètement guérie devint enceinte pour la 6^e fois, grossesse gémellaire qui entraîna la mort par dystocie.

M. Sézary a essayé l'hémocrinothérapie ovarienne chez plusieurs malades de son service atteintes de sclérodermie, avec des résultats variables, parfois très brillants :

Une guérison complète chez une femme de 46 ans avec tendance à l'obésité. Amélioration incontestable mais incomplète chez une femme de 47 ans avec troubles menstruels et chez une femme de 54 ans après ménopause précoce.

Amélioration suivie d'une récurrence contre laquelle le traitement est resté inefficace chez une femme de 40 ans, normalement réglée.

Echec chez une religieuse de 35 ans, bien réglée, et chez une femme de 26 ans bien réglée.

Cette inconstance des résultats nous semble due au fait que l'ovaire a été la seule glande employée. Les meilleurs résultats concernent en effet des cas survenus aux environs de la ménopause et avec troubles menstruels, les deux échecs concernant des malades jeunes et bien réglées.

* * *

D'excellents résultats ont également été enregistrés dans d'autres dermatoses : **herpès**, **sycosis**, **psoriasis**, **urticaire**.

OBSERVATION IX. — M^{me} Fra... *Herpès récidivant du front*, soigné sans résultat à Saint-Louis, augmenté au moment des règles. A toujours été bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Chute de cheveux.

Antécédents : varices traitées par les injections sclérosantes. Il y a 2 ans, troubles hépatiques avec subictère et douleur vésiculaire.

Il y a 3 mois pleurésie sèche. 1 série de 12 hémohépatiques amène la guérison définitive.

*
* *

Dans le **sycosis**.

OBSERVATION X. — M. Rou... *Sycosis de la barbe* très marqué, traité depuis 6 ans sans résultats à Saint-Louis, avec suintement des oreilles et éruption sur tout le visage et le front.

12 hémorchitiques amènent la guérison.

*
* *

Le **psoriasis** s'améliore de façon progressive et continue mais lente et nécessitant plusieurs séries à plusieurs mois d'intervalle.

*
* *

Dans l'**urticaire** on obtient d'excellents résultats.

OBSERVATION XI. — M^{me} Jac..., 38 ans. *Urticaire facial* depuis 10 ans, pas d'enfants, une fausse couche de 3 mois en 1914.

Insuffisamment réglée depuis toujours : un jour. Engraisse depuis 2 ans : 72 kgr. 150. Tendance à la constipation, fatigue, dépression, sujette aux vomissements, aux migraines, surtout depuis 3 mois.

La 1^{re} éruption a succédé à une série de chocs émotifs. Le 7 juillet 1933 hypophyse antérieure. Dès la 3^e piquûre, plus trace d'urticaire.

Le 24, la malade n'ayant pas maigri, on remplace l'hypophyse par l'ovaire. 2 poussées légères s'étant produites, le 26 et le 31, on recourut pour les 2 dernières piquûres à l'hépatique qui parachève la guérison. Celle-ci s'est maintenue depuis, jusqu'à ce jour.

* * *

Des essais ont été tentés dans l'**acné** avec des résultats inconstants; nous avons cependant enregistré une guérison d'autant plus curieuse qu'il s'agit d'hémocrino-orchitique chez une jeune fille.

* * *

Un cas d'**érysipèle** récidivant a été traité sans résultat.

* * *

Mais la dermatologie est loin d'être le seul champ d'action de cette méthode, elle agit sur un grand nombre d'autres affections de cause endocrinienne plus ou moins nette.

Dans l'**hypertension artérielle** l'hémocrinothérapie, *ovarienne* le plus souvent, même chez l'homme,

pancréatique parfois, ramène presque toujours rapidement la tension en deçà de la zone dangereuse.

Souvent cette phase d'abaissement de la tension s'accompagne d'une instabilité tensionnelle qui ne doit pas faire trop vite crier victoire ni désespérer du succès.

Mais le plus souvent, avant la fin de la série, le chiffre se stabilisera aux environs de la normale et ce résultat se maintiendra un an et plus avant qu'une nouvelle série soit nécessaire.

Fait très important : cet abaissement tensionnel ne s'accompagne d'aucun des troubles de l'équilibre vasculaire qu'occasionnent la plupart des hypotenseurs, ni petits signes de défaillance cardiaque, ni douleurs angineuses, ni crises asthmatiformes.

Le traitement devra naturellement être associé à un régime désintoxicant, les malades devront être suivis indéfiniment, la tension reprise périodiquement, le traitement repris à la moindre poussée.

OBSERVATION XII. — M. B..., 71 ans.

Le 15 décembre 1932 Mx 26 ; Mn 9, I. o. 6

Le 17 — Mx 21 ; Mn 7, 4,5

Le 24 — Mx 18 ; Mn 7, arythmie

Le 27 — Mx 21 ; Mn 7

Le 29 — Mx 23 ;

Le 3 janvier 1933 Mx 26 ; Mn 9

devant cette reprise on passe au pancréas.

Le 5 janvier 1933 Mx 20 ; Mn 7,5

Le 9 — Mx 19 ; Mn 7, I. o. 4,5

Le 13	janvier 1933	Mx 20,5	
Le 18	—	Mx 18	
Le 9	avril 1933	Mx 23 ; My 12, I. o. 8	
Le 11	—	Mx 19 ; My 2, 8	
Le 11	—	Mx 19 ;	
Le 15	—	Mx 21 ; My 8, 6	
Le 17	—	Mx 19 ; My 8, 8	

Le 22 novembre 1933. Lettre : « l'abaissement de ma tension a duré 7 mois ; on me l'a reprise il y a environ un mois et on a trouvé 18 ».

OBSERVATION XIII. — M^{me} C..., 50 ans.

Le 26	avril 1932	Mx 26 ; My 13 ; Mn 9, I. o. 3	
Le 28	—	Mx 17,5 ; My 8 ; Mn 7, 4	
Le 4	mai	Mx 20,5 ; My 9 ; Mn 7, 4	
Le 6	—	Mx 14,5 ; My 7 ; Mn 6, 4	
Le 9	—	Mx 15 ; My 6 ; Mn 4, 4	
Le 11	—	Mx 14,5 ; My 7 ; Mn 6, 4	

Traitement : Hémocrino-ovarienne.

Après la cure, traitement d'entretien :

Per os : Ovaire et Hypotan.

Le 3 avril 1934 : Mx 18 ; My 8 ; Mn : 0, I. o. 5.

* * *

Tous les malades ne présentent pas de troubles graves malgré une tension très élevée. Voici un cas grave :

OBSERVATION XIV. — M. G..., 67 ans. Arrive encadré par sa femme et sa fille. Obnubilé, bredouille. A eu un

ictus. Mx 35. Une première série de 12 injections (ovaire) en avril 1931 le remit d'aplomb avec Mx 23. Revient en septembre, inquieté par des signes lui rappelant son état antérieur. Mx 24,5. Raconte qu'il prend tous les jours une douche froide. Suppression de cet exercice, petite série d'hémocrino et on obtient Mx : 22,5. Revient le 19 septembre 1932 avec 27 pour Mx, My : 14. Mn 10 et I. o. : 14. Confié au Dr Grégoire de la Ferté-sous-Jouarre où il habite, et qui lui fait subir une nouvelle série, il maintient une tension Mx de 23-24 qui lui permet de vivre normalement et même de faire quelques excès : je viens d'apprendre que, actuellement, à 70 ans, il fait 26 kilomètres à pied.

*
* *
*

L'**artérite oblitérante** est un des plus brillants succès de la méthode. A la phase préoblitérante, elle fait augmenter les oscillations sans toutefois les ramener à la normale. Elle semble, en effet, agir surtout sur l'élément spasme qui est le premier à apparaître et qui semble conditionner la lésion artérielle organique. Elle arrête, en effet, l'évolution de celle-ci mais ne peut évidemment rendre son calibre normal à une artère rétrécie par la sclérose.

A la phase d'oblitération, elle fait souvent réapparaître des oscillations dans des segments où elles étaient abolies et qui semblaient voués à la gangrène.

Elle arrête net l'extension de celle-ci, elle fait cicatrizer les ulcérations trophiques.

Aux deux phases elle a une action très nette sur la douleur. Celle-ci présente dans les premiers temps une recrudescence dans la nuit qui suit la piqûre, mais en quelques jours elle s'atténue et disparaît.

OBSERVATION XV. — Ch..., 52 ans. Début de la maladie en 1929. Juif d'Ukraine.

A été traité par MM. Mallart et Milhit par l'acécoline et la diathermie.

Il a subi la radiothérapie profonde des surrénales.

Le 6 mars 1933, il se présente à mon cabinet en affirmant que ses médecins, d'accord avec le professeur Hartmann, avaient conseillé l'amputation au-dessus du genou.

Le malade n'arrête pas de gémir, jour et nuit.

Depuis un an et demi il ne peut plus s'allonger ; depuis 6 mois il passe ses nuits dans un fauteuil. Ankylose du genou en demi-flexion.

Gangrène des deux premiers orteils. Au-dessus des mal-léoles de la jambe gauche, de chaque côté, une plaque de sphacèle. Au cours de la première semaine de traitement, ces deux plaques se rejoignent devant et derrière, formant une manchette ayant une hauteur de 8 centimètres.

Index oscillométrique 0 à la poplitée.

Quatre jours après le début du traitement, I. o. : 1,5.

Le malade annonce spontanément, une semaine après, qu'il a « dormi 2 nuits comme s'il n'était pas malade » tout en diminuant les soporifiques.

Le 6 juin, le Dr Raymond Petit, procède à l'ablation des deux orteils.

Le 13 décembre 1933 la cicatrisation est faite, l'ankylose

du genou s'est quelque peu détendue ; un cordonnier spécialisé, Thièze, lui a confectionné, il y a quelques jours, une semelle qui s'ajuste à ses chaussures, grâce à quoi, le malade s'entraîne à la marche et pourra reprendre prochainement son travail d'ébéniste.

Le malade est heureux, il ne souffre plus, il dort, il a gagné 4 kilos.

* * *

L'obésité est un des cas où la méthode donne ses résultats les plus brillants, notamment chez les femmes hypo-ovariennes. Le traitement s'accompagne ici d'un régime ; suppression du sel, du sucre, et de la farine sous toutes leurs formes ; quant au reste le malade peut manger tout ce qui lui plaît et autant qu'il lui plaît. L'association du traitement et du régime alimentaire est indispensable.

En effet, des essais d'hémocriothérapie seule n'ont donné qu'un résultat minime et transitoire et réciproquement le moindre écart de régime amène un arrêt de la chute du poids, parfois même une augmentation de celui-ci.

Les deux traitements associés donnent au contraire une chute de poids qui, au début, peut atteindre 1 kgr. et plus en deux jours, et cela sans aucun trouble ni tachycardie, ni fièvre, ni asthénie ; le malade au contraire se sent allégé, plus vif et plus dispos. Rapidement d'ailleurs, la chute se ralentit. Elle se prolongera pendant un an et plus après la fin du traitement.

Dans les cas où, malgré l'observance stricte du régime, la chute de poids s'arrête avant d'être revenue à la normale, une nouvelle série d'injections serait indiquée. Une fois le poids revenu à la normale, le malade pourra se relâcher progressivement de son régime, quitte, si le poids recommence à augmenter, à le reprendre et au besoin à faire une nouvelle série.

OBSERVATION XVI. — M^{me} Du... *Obésité et hypertension* depuis 20 ans, *furunculose* il y a 5-6 ans et il y a 3 ans.

A 22 ans, parotidite suppurée, 2 crises de tachycardie paroxystique cette année. Fièvre de Malte.

Le 22 juin 1933 la malade pèse 95 kgr. 950, sa tension est à 22-9.

Le 24, 94 kgr. 200, tension à 19-8. En deux jours la malade a donc perdu 1 kgr. 750 et sa tension a baissé de 3.

Le 26, 93 kgr. 450, tension 16 1/2-6, chute de 750 gr. et baisse de la tension de 3, et jusqu'à la fin de la série, la malade perd tous les 2 jours de 150 à 800 gr., sa tension oscillant entre 19 et 16. En fin de traitement, la malade pesait 88 kgr. 700 et sa tension était fixée à 16. Quatre mois après elle nous écrivait qu'elle ne pesait plus que 78 kgr. soit une perte totale de près de 18 kgr.

Insistons ici sur l'action polyvalente de la méthode et sur les conséquences théoriques et pratiques qui en résultent.

*
* *
*

Dans le **diabète**, l'application de la méthode prête à des observations très intéressantes : si, en effet, comme on devait s'y attendre, l'extrait pancréatique donne dans certains cas des résultats très brillants, il en est d'autres où il reste sans effet et où c'est le foie qui agit ; ce qui nous ramène à la vieille distinction classique des diabètes hépatique et pancréatique. Quoi qu'il en soit, la méthode donne une chute de la glycémie et de la glycosurie beaucoup plus prolongée que l'insuline, elle permet la suppression de celle-ci, ou tout au moins l'espacement de ses injections, elle autorise un régime relativement large. L'amélioration occasionnée par une série de piqûres se prolonge plusieurs mois. On voit donc tout l'intérêt que présente ici la méthode, notamment si le diabète se complique d'accidents tels que furoncles ou artérite qui relèvent également de la méthode.

Voici l'observation d'un des premiers cas.

OBSERVATION XVII. — M^{me} Lev..., 44 ans. *Diabète* 55 gr. de sucre urinaire par jour. Varices très volumineuses aux membres inférieurs et à la vulve.

Le 10 novembre 1929 on entreprend le traitement sclérosant des varices.

Le 30, le traitement sclérosant étant terminé, on entreprend l'hémo-hépatique qu'on prolonge sans résultat jusqu'au 18 janvier 1930.

On entreprend alors l'hémo-insuline, 15 unités tous les

2 jours, la glycosurie est à ce moment de 55 grammes par litre comme avant notre première tentative. Dès la 3^e piqûre, elle est tombée à 41,68 et le 1^{er} avril à 16,66.

Ce résultat, somme toute satisfaisant, ne se maintint pas. Le 20 octobre 1930, nous nous retrouvâmes avec les 55 gr. 54 ; il est vrai que cet abaissement sensible de la glycosurie avait duré 8 mois et avait été obtenu avec 180 unités d'insuline.

Nous entreprîmes alors l'hémocrinothérapie pancréatique qui eut pour effet un abaissement lent, progressif mais durable du taux de la glycosurie, qui passa à 23,80 le 13 novembre, à 14,28 le 15 décembre, à 9,60 le 30 décembre, à 6,02 le 20 janvier 1931, à 8,92 le 31 janvier, à 6,02 le 3 février et à 2,60 le 16 février.

La malade revenue le 28 juillet 1932 n'a plus que 9 gr. 75.

Il faut rapprocher de ces cas ceux où l'épreuve thérapeutique, montrant l'efficacité de l'extrait pancréatique, révèle un diabète ou tout au moins une hyperglycémie méconnue.

OBSERVATION XVIII. — D^r G. D..., de Paris, 58 ans, antécédents normaux mais alimentation surtout hydrocarburée ; début à la suite de fatigue par longues randonnées en automobile. A souffert depuis 3 ans d'*infections à staphylocoques, orgelets, folliculite* nasale et en août 1931, *anthrax* à la nuque. Malgré tous les traitements, réapparition des orgelets et de la folliculite et second anthrax de la nuque en mars 1933. Le D^r Filderman, consulté le 3^e jour, institue l'hémocrinothérapie à base d'extrait pancréatique

car l'analyse du sang dévoile 2 gr. 70 de glucose et 5 grammes de glycose dans les urines. L'anthrax ne se développe plus et sèche en 8 jours.

Après la 12^e piqûre, la glycémie est normale ainsi que les urines. Depuis 1 an, malgré l'abandon progressif du régime antidiabétique, la glycosurie n'a pas reparu et dans le sang glycémie normale.

* * *

Dans l'**asthme** la méthode donne en général des résultats très brillants.

OBSERVATION XIX. — M. Jac... *Asthme* depuis 5 ans, début par rhinorrhée, crises toutes les semaines. A maigri de 8 kgr. Après l'attaque le malade est obligé de garder le lit 8-15 jours, crachats abondants sans B. K. puis tout rentre dans l'ordre.

Traité sans résultat par le sérum de Heckel, l'évatmine, l'autohémothérapie, 4 cures au Mont-Dore.

Tension artérielle 11,5-7, le 9 novembre 1933 hémossurrénale, les crises cessent.

Le 19, petite crise nocturne, hypophyse totale associée à l'eucalyptine. Le malade n'a plus de crises depuis le 6 mars, fin du traitement, la tension est montée à 14-10.

Depuis la guérison se maintient.

* * *

Les **troubles génitaux de la femme** cèdent rapidement à l'hémocrinothérapie ovarienne ou hypophy-

saire, parfois orchitique, mais dans les cas d'aplasie ovarienne trop marquée, plusieurs séries seront nécessaires.

OBSERVATION XX. — M^{me} Fra... *Insuffisance ovarienne.*
Règles insuffisantes depuis 3 mois. S'énervé pour un rien. Petit Dercum, 66 kgr. 700. Avait eu de l'hémocrino-ovarienne à la dose de 0,30 cgr. qui l'avait améliorée, mais insuffisamment.

Le 24 avril 1931, hém-o-varienne à 2 gr. Une série de 8 ovariennes et 4 hypophyses ramène le poids à 64 kgr. 900 et rétablit la fonction ovarienne.

La malade est revenue 1 mois après, elle pèse 64 kgr. et se déclare pleine d'entrain en même temps que beaucoup plus calme, « différence énorme du point de vue du caractère ».

Le 11 octobre 1931 la malade est revue, l'amélioration se maintient, règles parfaites, 62 kgr.

Le 9 octobre l'amélioration se maintient, mais à la suite d'extractions dentaires pratiquées au moment des règles, dysménorrhée nécessitant une nouvelle série d'hypophyse totale et d'ovaire.

*
* *
*

Dans la **cryptorchidie**, la méthode a été essayée deux fois avec plein succès.

Une fois :

OBSERVATION XXI. — Chez un garçon de 18 ans où le thymus par voie buccale n'avait rien donné, ce malade

a été présenté à la Société de Médecine les 2 testicules en place. Traitement hémorchitique.

Une autre fois :

Chez un arriéré de 10 ans, 4 piqûres d'extrait orchitique mélangé au sang de sa mère firent descendre les testicules.

*
* *
*

Trois cas d'épilepsie menstruelle ou cataméniale ont été guéris ou considérablement améliorés.

OBSERVATION XXII. — M^{me} Jou..., 30 ans. *Crises comitiales* depuis l'âge de 14 ans. Début dans le mois ayant précédé les premières règles, crises précédant généralement les règles de quelques jours. Celles-ci sont normales. Un enfant de 5 ans 1/2. Crises pendant la grossesse et 12 jours après l'accouchement.

Actuellement : lourdeur de tête, secousses de l'épaule, mains rouges et moites. Hydroa. Séjour de 4 mois à Henri Rousselle. La malade prend actuellement 0 gr. 20 de gardénal.

Le 21 avril 1932 hémohypophyse antérieure. A partir de cette date plus de crises.

Le 11 mai on réduit le gardénal à 0,10. Le lendemain matin, crise. On continue par le traitement hémovarrien.

Le 13 on réduit à 0,05. Plus de crises.

Le 21 pour la dernière piqûre : ovaire, la malade se maintient sans crise avec 0,05 de gardénal jusqu'au 6 juin ; on supprime alors complètement le gardénal. 48 h. après : crise. On reprend l'hypophyse antérieure et on donne

0 gr. 02 tous les 2 jours. La malade n'a plus eu depuis qu'une crise le 29 novembre à la suite d'une émotion : le plafond de sa chambre s'étant effondré pendant la nuit. Le gardénal a été supprimé.

*
* *

D'excellents résultats ont été obtenus également dans la **rétraction de l'aponévrose palmaire**.

Un malade a été présenté par le Dr Léon Filderman à la Société d'Electrothérapie, 1^{er} février 1933. Voici son observation :

OBSERVATION XXIII. — Le malade que vous voulez bien m'autoriser à vous présenter est âgé de 40 ans. Il était atteint, lorsque je le vis pour la première fois le 27 janvier 1931, d'une maladie de Dupuytren telle que, le matin, au réveil, les ongles étaient enfoncés dans la paume. Dans la journée la détente intervenait suffisamment pour ne pas le gêner dans son travail d'écriture. Il s'était adapté. Mais lorsqu'il donnait une poignée de main, lorsqu'il faisait sa toilette, le petit doigt restait replié. Un « gros bourrelet » remplissait le creux de la main droite et un « énorme bourrelet » (ce sont ses propres expressions) la bordait au niveau de l'auriculaire.

Le patient se plaignait en outre de douleurs dans l'avant-bras et dans l'épaule, d'insomnie, de fatigue et d'impuissance. Il se voûtait rapidement.

Première constatation du mal, trois ans auparavant, à l'occasion de l'incision d'un « durillon forcé » faite dans le service de M. Gosset.

Son père et sa mère auraient été atteints du même mal.

Un mois après le début du traitement, je présentai le malade à la Société de Médecine ; il était suffisamment amélioré pour pouvoir poser la main à plat sur la table. Tous les autres symptômes avaient disparu.

Je ne l'avais pas revu depuis, lorsque M^{me} Fainsilber me demanda de vous le présenter. J'appris alors qu'il y avait eu récédive partielle. En effet, depuis environ six mois, le petit doigt accroche à nouveau. Les bourrelets fibreux s'étaient reconstitués dans la proportion d'un tiers selon l'appréciation du malade.

Voici une photographie prise le 7 février dernier. Elle rend bien les reliefs des paquets fibreux ; mais ce qu'elle ne rend point c'est leur consistance ligneuse.

J'ai pris le contour des deux derniers doigts le 7 février dernier ; on y voit l'auriculaire perpendiculaire à la main et l'annulaire à 45° ; les dernières phalanges sont, comme d'habitude dans la maladie de Dupuytren, en extension.

J'étais gêné ce jour-là pour la prise de sang dans la veine du bras, parce que les mouvements de supination étaient abolis. La fatigue, l'insomnie, l'impuissance étaient revenues.

Je repris le traitement de 1931 et, tout comme il y a deux ans, les brides commencèrent aussitôt à s'amollir. La peau reste comme distendue à leur niveau, mais bien plus souple que dans le voisinage, parce qu'elle est aussi plus mince.

Actuellement, après 9 injections, il peut poser la main à plat, mais les deux derniers doigts, l'auriculaire surtout, restent légèrement fléchis, la flexion des dernières pha-

lances est facile, la supination est normale. Les douleurs, la raideur de l'épaule et de la colonne vertébrale, la fatigue, l'insomnie, l'impuissance ont disparu.

* * *

Signalons que la méthode a été essayée sans résultats dans le **diabète insipide**, la **polyglobulie de Vaquez**, le **trophœdème**. Reste un certain nombre d'affections qu'il faut mettre à part comme nécessitant une forme spéciale d'hémocrinothérapie. Ce sont :

* * *

L'érythro-cyanose sus-malléolaire. — Les injections se font ici localement, de la périphérie de la lésion vers son centre. Quatre injections pour chaque jambe suffisent en général. On emploie les extraits surrénal ou hypophysaire. Exemple :

OBSERVATION XXIV. — M^{lle} Cha..., 32 ans. *Erythro-cyanose* sus-malléolaire depuis l'adolescence. Réglée à 15 ans, avance de 4-5 jours. Bien portante mais engraisse : 73 kgr. 500 malgré un régime.

On débute le 2 juillet 1929 par 2 piqûres d'hémo-ovarienne, puis 10 de surrénale dont 4 locales, 2 à chaque jambe qui amènent la guérison.

* * *

Les naevi vasculaires et varicules sus-dermiques, en dehors des cas où le vaisseau néoformé est

assez gros pour permettre l'injection sclérosante, disparaissent par l'hémocrinothérapie locale pratiquée de la même façon que dans l'érythro-cyanose.

OBSERVATION XXV. — M^{lle} Cha..., 25 ans. Une grosse *varice* à la face externe de la cuisse et de la jambe gauche et nombreuses *varicules*.

Le 13 décembre 1926 on fait une injection dans la grosse varice, 3 varicules par injection sclérosante et une hém locale.

Le 15, une injection dans la varice et 3 varicules.

Revue le 11 octobre 1927, tout est effacé.

Le 3 mai 1930, la malade revient, de nouvelles varices et varicules se sont formées. On injecte une grosse varice, le 11, on en injecte une autre et on fait en même temps une nouvelle hémossurrénale locale.

Le 27, une dernière sclérosante amène la guérison.

*
* *
*

Les **prurits** sont d'un traitement particulièrement délicat. Il convient de distinguer :

Les prurits de l'adulte, qui se voient surtout après le retour d'âge et qui, le plus souvent, relèvent, dans les deux sexes, de l'hémocrinothérapie par la glande génitale de sexe opposé.

Les prurigos infantiles ou datant de l'enfance, à type Hébra ou Besnier, qui relèvent chez l'homme d'une forme spéciale d'hémocrinothérapie : la *gynocrinothérapie*. C'est ici l'extrait mammaire qui est le plus sou-

vent indiqué, mélangé, non pas au sang du malade, mais à celui d'une femme. Dans les deux cas on associera, au cours des premières séances, les injections intra-veineuses de bromure de strontium (Lebedef) à la dose de 10 cmc. d'une solution à 10 %.

OBSERVATION XXVI. — M. Dub..., 42 ans. Varices. *Prurit* depuis 1 an, hernie opérée il y a 3 semaines, le 21 janvier 1933, hémomammaire et bromure. Le 6 février, devant l'échec on passe à l'extrait pancréatique. Le malade interrompt le traitement 15 jours.

Le 28, on reprend avec l'extrait splénique.

Le 16 mars, devant l'échec, on essaye la gynosphénique.

Le 18, la gynomammaire.

Le 27, la gynohépatique.

Le 29, l'hémo-ovarienne qui amène enfin une guérison définitive.

OBSERVATION XXVII. — Malade du Dr Schendérovitch, 10 mois. *Eczéma* défigurant toute la face et étendu au cuir chevelu. L'enfant, qui avait des plaies suintantes, présentait un mauvais état général, du *prurit* intense l'empêchant de dormir, et de l'anorexie.

Cet eczéma était apparu à l'âge de deux mois alors qu'elle était nourrie au sein.

Dans divers hôpitaux de Paris, elle avait été traitée par des pommades à l'oxyde jaune, à l'ichtyol, l'innotyol, des vaporisations, des compresses humides, des injections de sang maternel, etc...

Le 20 juillet, première injection de 5 cmc. de sang maternel, avec une ampoule d'extrait mammaire.

Le 22 juillet, mieux très net. Deuxième injection.

Comme tout va bien, on ne pratique une troisième injection que le 4 août.

Aucun traitement local depuis le 20 juillet.

Cette enfant est aujourd'hui complètement guérie.

OBSERVATION XXVIII. — M. Fab..., 30 ans. *Prurit* depuis l'enfance exacerbé en captivité.

Auto-hémothérapie il y a 4-5 ans sans résultat.

La mère du malade aurait été elle-même très malade pendant la grossesse et l'allaitement.

Le 26 avril 1932, hémomammaire.

Le 7 mai, pas de résultat hémohépatique.

Le 13, pas de résultat, extrait mammaire mélangé au sang de la femme du malade. *Gyno-crino-mammaire*. Guérison rapide et complète. Se maintient depuis.

Réciproquement, dans certains prurits chez la femme on pourrait utiliser le mélange d'extrait orchitique et de sang masculin hémocrino-orchitique.

DIAGNOSTIC ENDOCRINOLOGIQUE

La principale difficulté de la méthode consiste à établir correctement le diagnostic endocrinologique d'où dépend l'indication de l'extrait glandulaire à employer.

Il n'y a pas ici de rapport direct entre tel trouble hormonal et tel syndrome comme le myxœdème ou les maladies de Basedow ou d'Addison. On sait l'importance que l'endocrinologie moderne attribue aux synergies glandulaires. Un même symptôme pourra donc être le fait de troubles glandulaires des plus divers et, lors même qu'il relève toujours d'un même trouble, celui-ci peut être primitif ou secondaire à un autre trouble synergique.

Réciproquement un même trouble glandulaire peut, suivant l'état antérieur du sujet, le retentissement synergique sur telle ou telle glande, entraîner des manifestations très diverses, voire opposées. On sera donc amené à traiter la même maladie par des extraits différents et réciproquement à employer le même extrait pour des manifestations très diverses.

A l'observation XVII qui montre un diabète rebelle à l'extrait hépatique et cédant au pancréatique, on peut opposer la suivante, communiquée également

par le Dr Léon Filderman à la *Société Médicale des Praticiens*.

OBSERVATION XIX. — *Diabétique*, ayant une poussée grave de sa glycosurie ; elle était arrivée à 84 gr. et ne pouvait faire baisser ce taux, malgré le régime. Elle a fait une ulcération au talon. Je lui ai proposé de lui faire une prise de sang pour la recherche de la glycémie, j'en ai profité pour lui faire une première injection d'extrait hépatique mélangé à son sang, et j'ai continué la série de 12 injections. Le résultat a été excellent pour sa lésion cutanée qui a guéri en quelques jours, mais également pour son état général puisque la *glycémie* était tombée de 3 gr. 25 à 1 gr. 10 et la *tension* qui était de 22,5 au Pachon était tombée à 16,5. L'*anémie*, de 3.450.000 globules rouges était passée à 4.340.000 et cette situation s'est maintenue jusqu'à ce jour, de telle sorte que, dans une lettre qu'elle m'a écrite ces jours-ci elle déclare que, si elle suit le régime, elle arrive à n'avoir plus du tout de sucre. Elle a fait tous les mois ou presque une analyse, et ce n'est qu'en novembre qu'elle était arrivée à 65 gr. ; au total, le taux de la glycosurie a oscillé entre 22 gr. et 2 gr. 6 par jour.

Et réciproquement nous avons vu des cas où le même extrait pancréatique guérissait une *hypertension*, une *artérite* ou une *furunculose* avec ou sans *hyperglycémie*.

On est en somme en présence de syndromes pluri-glandulaires dans leurs manifestations mais uni-glandulaires dans leur étiologie et par conséquent dans

leurs indications thérapeutiques. On pourrait penser dans ces conditions que le plus simple serait d'injecter un mélange pluri-glandulaire avec l'espoir que la glande indiquée agirait seule, les autres se comportant comme des corps inertes. Mais outre ce qu'une telle méthode aurait de peu scientifique ; outre qu'elle ferait perdre à l'hémocrinothérapie sa valeur de traitement d'épreuve, si utile, tant du point de vue scientifique que pour la conduite à tenir en cas de maladie nouvelle chez le malade ; outre qu'il n'est pas sûr qu'un extrait mélangé à d'autres extraits d'effet parfois contraire sur certains points, garde son efficacité propre envers le sang veineux. Dans certains cas, où nous sommes amené à employer plusieurs extraits simultanément, nous préférons n'aspirer le second qu'après le sang, afin que celui-ci s'interpose et empêche, dans une certaine mesure, le mélange direct des extraits.

Nous allons voir d'ailleurs que cette difficulté du diagnostic, pour être réelle, n'est pas insurmontable.

Entre les mains d'un médecin attentif la solution n'en sera que rarement retardée d'une semaine ou deux, exceptionnellement davantage.

Ce diagnostic se fonde sur un examen complet et un interrogatoire soigneux du malade.

L'affection elle-même pour laquelle le malade vient consulter n'a, en général, nous venons de le voir, que peu de valeur. Cependant l'hypertension cédera le plus souvent à l'extrait ovarien, même chez l'homme, parfois au pancréas.

Le diabète relève du foie ou du pancréas.

La *localisation* elle-même des lésions peut servir de guide pour l'établissement du diagnostic comme si chaque glande agissait électivement sur le territoire du gros tronc veineux où elle déverse ses produits : glande génitale et surrénale pour le système cave supérieur ; foie, rate et pancréas pour le système porte.

Mais les renseignements principaux sont fournis par le *sexe du malade, son âge au moment du début.*

* * *

Insistons sur le fait que l'interrogatoire doit remonter aux premières manifestations pathologiques. Témoin l'observation de M. Fah (XXII) où la gynocrino-mammaire prescrite sur la seule notion du début dans la première enfance amena la guérison et ce n'est qu'après celle-ci que le malade apprit par sa mère que la grossesse et l'allaitement avaient été très troublés, la mère, abandonnée par son mari, étant tombée malade.

A l'approche des périodes de transformation génitale : puberté, ménopause, involution pré-sénile masculine, c'est le plus souvent l'hypophyse qui est en cause.

A la période d'activité génitale c'est surtout la glande sexuelle homologue, notamment si le début a coïncidé avec une grossesse.

Après la ménopause c'est le plus souvent la glande sexuelle homologue ou, dans certaines dermatoses prurigineuses, celle du sexe opposé.

*
* *

La *tension artérielle* constitue également un renseignement capital.

Son élévation contre-indique formellement la surrénale totale, l'hypophyse postérieure ou totale, et indique plutôt la glande génitale ou le pancréas.

Son abaissement indique plutôt la surrénale ou l'hypophyse. Nous avons déjà étudié ce point à propos de l'hyper et de l'hypotension.

*
* *

Les *circonstances pathologiques* et physiologiques susceptibles d'imposer aux glandes endocrines un effort excessif de lutte antitoxique ont une grosse importance.

Le *surmenage* chez l'homme jeune indique souvent l'extrait orchitique. Nous y reviendrons à propos de l'effet de stimulation générale du traitement.

Un surmenage purement musculaire a pu perturber la surrénale et indiquerait l'extrait cortical ou total suivant le chiffre de la tension artérielle.

OBSERVATION XXXI. — M^{lle} Del... *Furoncles et phlegmon de la main* depuis 3 mois environ, le début s'est fait à la suite d'un surmenage musculaire, la malade, modiste ayant travaillé aux champs.

Le 18 septembre, on commence l'hémosurrénale totale.

Dès le 20, amélioration nette et 12 injections amènent la guérison.

* * *

Le surmenage intellectuel au contraire indiquerait plutôt l'hypophyse antérieure ou totale chez la femme, le testicule chez l'homme. L'observation suivante en donne un bon exemple en même temps qu'un cas typique de l'évolution des furonculoses sous l'effet du traitement.

OBSERVATION XXXII. — M^{me} Dum... *Furoncles* de l'oreille depuis 15 jours ; petits furoncles de la face il y a un an, survenant toujours à l'occasion d'un surmenage intellectuel (comptabilité). Tension artérielle 17-9, règles normales, la notion de surmenage intellectuel, jointe à la localisation nous fait poser le diagnostic d'insuffisance hypophysaire antérieure en raison du chiffre de la tension.

Le 29 juin 1932, hémohypophyse.

Le 1^{er} juillet, les douleurs diminuent, les furoncles sèchent.

Le 4 août, les douleurs ont disparu.

Le 6, l'état général est amélioré, la fatigue a disparu.

Le 11, réapparaît un petit furoncle de la face qui disparaît le 19 sans avoir donné de gros troubles.

La fin de la série consolide la guérison.

* * *

Mais le surmenage physique ou psychique n'est pas la seule cause de déficience endocrinienne et on devra rechercher avec le plus grand soin *les circons-*

tances physiologiques comme dans les trois observations suivantes :

OBSERVATION XXXIII. — M^{me} Sun... *Eczéma généralisé* depuis 6 ans.

Début par prurit vulvaire alors que la malade venait de sevrer son enfant, avant le retour des règles. Actuellement bien réglée. Constipée.

Le 27 juin 1933, hémohypophyse antérieure associée au bromure de strontium.

Le 2 juillet, en l'absence de résultat hém-orchitique, celle-ci semble donner une amélioration, mais :

Le 17, nouvelle poussée.

Le 26, on passe à l'ovaire.

Le 2 août, devant la persistance du prurit on recourt à l'extrait mammaire associé au bromure et dont la 1^{re} piqure donne une sédation transitoire.

Dès le 8, la malade se déclare beaucoup mieux.

Le 26, surviennent les règles qui donnent une recrudescence beaucoup moins marquée, et le 6 septembre la malade est guérie. L'efficacité remarquable de l'extrait mammaire alors que l'orchitique, l'ovarien et l'hypophysaire avaient échoué, donne en même temps qu'un nouvel exemple de la spécificité de chaque glande, la preuve que le début du sevrage constitue une indication de l'extrait mammaire.

OBSERVATION XXXIV. — M^{me} Fer..., 29 ans. A eu 2 enfants morts, l'un à 18 mois de méningite, l'autre à 3 mois de broncho-pneumonie. La malade ne veut pas de grossesse. Bien réglée, pas de constipation, *prurit généralisé*

depuis l'âge de 17 ans, prédominant aux faces de flexion des membres, à la région rétro-malléolaire du dos, à la région anogénitale. Très peu de lésions de grattage, nuits tranquilles, a eu une rémission de 3 ans il y a 4-5 ans. Recrudescence depuis 3 mois. Hémorroïdes n'ayant pas entraîné de crises ni d'hémorragies.

Le 11 mars 1933, on essaye l'extrait mammaire associé au bromure, pas de résultat.

Le 18, on recourt à l'orchitique qui, associé au bromure et à la cure des hémorroïdes, amène la guérison.

Les précautions anti-conceptionnelles de la malade avaient entraîné un défaut d'imprégnation. Il peut en être de même en cas de continence. D'ailleurs chez l'adulte des 2 sexes, les prurits relèvent fréquemment de la glande du sexe opposé.

*
* *
*

Les antécédents chirurgicaux ont une grande importance comme le montrent les deux observations suivantes :

OBSERVATION XXXV. — M^{me} Cha..., 67 ans. *Psoriasis*, *eczéma* et *prurit* depuis plus de 10 ans. Réglée jusqu'à 53 ans. Constipée.

Antécédents : cystite.

Ablation d'un sein il y a 17 ans (pour une petite boule).

Le 19 février 1934, se fondant sur l'existence du prurit on commence l'hémo-orchitique associée au bromure.

Le 26, en l'absence de résultat, on recourt au mammaire qui, associé au bromure, amène la guérison.

Le diagnostic devait se fonder ici sur la notion d'amputation du sein.

OBSERVATION XXXVI. — M^{me} Dav..., 55 ans. Opération radicale de *fibrome* à 42 ans.

Depuis 4 ans *asthme* nocturne vrai.

Tension artérielle 24-12. 77 kgr. 750, pour une taille de 1 m. 52.

Le 11 octobre 1932, héméo-ovarienne.

Le 13, tension 20 1/2-9 ; poids 77 kgr. 450.

Le 15, poids 76 kgr. 150. Tension 19-7.

La tension se stabilise désormais à 19-7 et le poids en fin de traitement descend à 74 kgr. 500, le 27 février 1933, la malade écrit que l'asthme n'est pas reparu, que la tension reste à 19, mais qu'elle a repris un peu de poids.

*
* *

Les antécédents médicaux et physico-pathologiques seront étudiés avec soin comme dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION XXXVII. — M^{me} Tat... *Prurit, hémorroïdes* et *furonculose*. A été opérée d'un *anthrax* de la fosse ischiatique il y a 2 ans, depuis récidive sans cesse.

Le 29 décembre 1929, hémohépatique et injection sclérosante intra-hémorroïdaire. 7 héméo-hépatiques suivies de 5 héméo-orchitiques, associées à la cure des hémorroïdes ont amené la guérison.

Les hémorroïdes constituaient une source de toxémie variqueuse dont les produits se déversaient dans le foie.

OBSERVATION XXXVIII. — M. Rab... *Furonculose.*

Le malade a eu il y a 10 ans à la suite de coliques hépatiques une première poussée ayant nécessité l'incision.

Il y a 4 mois, nouvelle crise suivie d'une nouvelle poussée de furonculose. Ce sont ici les extraits hépatique et pancréatique qui ont amené la guérison.

*
* *

Dans l'observation de M. C... (XXXVIII) que nous verrons plus loin, c'est la notion de l'existence de masses musculaires paralysées par section nerveuse qui indiquait la surrénale en raison des troubles de la nutrition des muscles qui en résultaient.

*
* *

Enfin comme dans toute l'endocrinologie, on tiendra le plus grand compte des *troubles génitaux* qui indiquent en général la glande sexuelle ou l'hypophyse, des *troubles digestifs* ou de la notion d'une anaphylaxie alimentaire qui indiquent les extraits hépatique ou pancréatique, du *psychisme* enfin, certains états de dépression pouvant indiquer la surrénale, le foie, le testicule ou l'hypophyse, certains *états d'excitation* chez la femme, l'ovaire ou le testicule.

En somme : on peut voir par ces quelques exemples qu'il s'agit d'un diagnostic clinique fondé sur un interrogatoire minutieux et une critique des antécédents où le simple bon sens et l'expérience clinique ont plus de part que les théories.



Des épreuves de laboratoire ont été récemment proposées pour obtenir un diagnostic endocrinologique.

Nous devons avouer que, pour nous, la clinique et l'épreuve thérapeutique y suffisent le plus souvent.

Dans un seul cas des insuccès répétés nous ont amené à essayer l'une de ces méthodes. Il s'agissait d'un Dercum et les renseignements fournis par le laboratoire ne nous ont pas permis d'obtenir de meilleur résultat que par la simple clinique. Peut-être entre les mains d'autres praticiens, ces épreuves donneront de meilleurs résultats. Mais pour nous elles céderont toujours le pas à *l'épreuve thérapeutique*, véritable opothérapie, *pierre de touche* suivant le mot de Léopold Lévy.

La rapidité des résultats de la méthode vient en effet corroborer le diagnostic dès la première piqure. En tout cas elle l'infirmes ou le confirme définitivement dès la troisième, soit en huit jours. Toutes les fois qu'on n'a pas, dans ce délai, obtenu un résultat net, indiscutable, il faut changer de glande : tel est le cas de l'observation suivante :

OBSERVATION XXXIX. — M^{lle} Eng..., 30 ans. *Eruption herpétique* du nez et du menton, récidivant depuis 8 ans. Début à la suite d'une émotion survenue au moment des règles : agression à main armée par des cambrioleurs. Traitée à Saint-Louis par : les ultra-violets, des injections de

la sérosité des vésicules, des pointes de feu, des scarifications. Malade constipée, 49 kgr. 250.

Le 20 septembre, on entreprend l'hémocrinothérapie ovarienne.

Le 30, en présence d'une aggravation on passe à l'hypophyse antérieure.

Le 5 octobre, l'éruption persistant on essaye la cortico-surrénale.

Le 7, l'hépatique.

Le 11, le pancréatique.

Le 17, le mammaire.

Le 20, en présence d'une nouvelle aggravation, on recourt à l'hypophyse totale qui, en quelques jours, amène une guérison complète.

En février 1933, récurrence légère qui cède à une reprise du traitement.

En mars 1933, nouvelle petite récurrence qui cède de même.

En mai 1933, nouvelle récurrence, on essaye l'hypophyse postérieure sans résultat et ce n'est qu'en juin 1933 que l'orchitique amène cette fois une guérison définitive.

* * *

Le plus souvent d'ailleurs les tâtonnements sont beaucoup moins prolongés et quand le premier essai n'a pas donné de résultat il est rare que le deuxième ou, à la rigueur, le troisième ne tombe pas juste.

Les résultats sont variables suivant l'affection en cause. Ils sont :

Constants et rapides : dans les ulcères variqueux,

l'eczéma, la furonculose, l'hypertension, l'artérite oblitérante, le diabète, les troubles génitaux, l'érythrocyanose sus-malléolaire et les troubles vasculaires.

Plus lents : dans le sycosis, le prurigo.

Moins constants : dans l'acné juvénile, dans la sclérodermie, les urticaires, l'asthme, le rhume des foins, l'épilepsie, les migraines, le psoriasis.

On enregistre cependant, même dans ces affections, des succès éclatants, après échec de toutes les autres méthodes.

Dans le diabète, l'hypertension et l'artérite, ils ne sont pas *définitifs*.

Le malade doit être suivi et subir de temps en temps une cure d'entretien.

Dans l'ensemble la méthode donne des résultats rapides, lui conférant une grosse valeur diagnostique.

Ces résultats thérapeutiques sont dans la plupart des cas complets, non pas seulement en tant que guérison de l'affection en cause, mais encore et surtout en tant que rétablissement de l'équilibre endocrinien et des défenses organiques qui prévient et évite la possibilité d'autres affections ultérieures.

*
* *
*

L'hémocrinothérapie est par excellence *la médecine du terrain*.

OBSERVATION XL. — M. Fre..., 19 ans. *Surmenage* (préparation d'un examen), *asthénie* considérable avec

crises de larmes, désespoir, insomnie presque complète depuis plusieurs semaines. Le sujet avait eu des *furuncles* quelques mois auparavant.

Il présente actuellement un gros furoncle du creux poplité. L'*hémorchi* est entreprise en mai 1925. Quelques heures après la 1^{re} piqûre le furoncle s'ouvre et se vide, la douleur cesse et le malade s'endort d'un sommeil réparateur.

En quelques jours la guérison est complète, le furoncle est cicatrisé, le calme et le sommeil sont revenus en même temps que l'appétit au travail. La guérison s'est maintenue depuis, une seule poussée de petits furuncles en 1932, à l'occasion du service militaire, a cédé à 4 ou 5 piqûres.

Cette action sédative est parfois si marquée que certains malades demandent si les préparations ne contiennent pas d'opium.

Insistons encore sur la polyvalence du traitement dans les cas très fréquents où s'associent plusieurs des affections où la méthode est indiquée.

*
* *

Les résultats sont dans la plupart des cas *définitifs*. Certains malades ont été suivis depuis sept ans ; la proportion de récidives est minime, elles cèdent d'ailleurs presque toujours à deux ou trois piqûres.

*
* *

Pathogénie. — Quel est le mode d'action de la méthode ? Certains auteurs avec M. Sézary en font

une méthode de *désensibilisation conjuguée* associant les effets de l'auto-hémothérapie à ceux d'une opothérapie qui tendrait à stabiliser les humeurs. L'addition de l'extrait glandulaire au sang en modifierait les caractères, réalisant un changement des conditions biologiques (allasiothérapie plus marquée que la simple auto-hémothérapie).

Toutes les affections qui relèvent de la méthode seraient des réactions d'intolérance et c'est à ce titre qu'elles en bénéficieraient.

Cette explication, à vrai dire, ne nous paraît pas satisfaisante. Si, en effet, dans certaines de ces affections, des réactions analogues à l'anaphylaxie sont indiscutables, comme c'est le cas pour l'asthme ou l'urticaire, elles nous paraissent beaucoup plus difficilement soutenables dans les ulcères variqueux, les troubles génitaux, le diabète, l'obésité, l'artérite, l'hypertension, le sycosis, le psoriasis, la sclérodermie, la furonculose ou même l'eczéma. Un des principaux arguments sur lesquels nous fondons cette opinion est la rigoureuse spécificité des actions glandulaires. Nous avons vu comment chaque cas réagit à une glande à l'exclusion de toute autre ; ce qui s'expliquerait mal dans le cas d'une désensibilisation générale. Dans les cas mêmes où une sensibilisation paraît en cause, elle nous semble secondaire, le traitement agissant non sur la sensibilisation de l'organisme mais sur la cause qui l'a rendu sensible. Cette cause consisterait essentiellement en une déficience des fonctions par lesquelles les glandes

endocrines maintiennent la fixité de la composition du milieu intérieur par la destruction ou la neutralisation des produits toxiques de la vie cellulaire, par la régulation de la production ou de la consommation de certaines substances. Nous proposerions volontiers pour l'ensemble de ces fonctions le nom de fonctions *eucrasiques*. On connaît le rôle que joue l'hormone cortico-surrénale dans la neutralisation des poisons engendrés par la contraction musculaire. Or, justement, cette glande déverse ses produits dans la veine-cave inférieure qui draine les plus volumineuses masses musculaires de l'organisme.

Il en est de même pour la glande génitale et l'on sait, au moins pour la glande mâle, son action sur le développement et l'activité musculaire. Et nous avons vu que c'est dans les cas, consécutifs à un surmenage, que les extraits de ces glandes donnent les meilleurs résultats.

Pour l'hypophyse on a décrit un véritable système porte l'unissant à la base du cerveau et nous avons vu qu'elle est surtout indiquée dans les troubles provenant d'un surmenage cérébral.

Les fonctions eucrasiques du foie, son rôle d'arrêt sur les poisons, les albumines étrangères d'origine digestive, la régularisation de l'absorption des produits de la digestion sont bien connues.

Et c'est en effet surtout chez les constipés, les hémorroïdaires, les entéritiques, bref dans les cas où des produits toxiques se déversent dans le sang de

la veine porte que ces extraits se montrent actifs en hémocrinothérapie.

En présence de ces faits, nous nous croyons en droit de généraliser et de conclure que toutes les glandes endocrines, dont la fonction consiste essentiellement à maintenir fixe la composition du milieu intérieur, jouent un rôle très important dans la neutralisation des produits toxiques, qu'engendre à chaque instant l'activité cellulaire.

Or, c'est essentiellement sur le sang veineux que vont s'exercer principalement ces actions des glandes endocrines. Il est en effet le véhicule de tous les déchets de la vie cellulaire d'une part, des produits de l'activité endocrinienne d'autre part. Sa composition est éminemment instable ; il est, de plus, comme l'ont montré le Professeur Auguste Lumière et Mme Grange, beaucoup plus toxique que l'artériel. Et c'est à compenser ces variations et à neutraliser ces produits toxiques que devront s'employer les glandes endocrines.

Cette interaction du sang veineux et des produits endocrinien n'est pas une vue de l'esprit. Des réactions comme celle d'Abderalden ou l'interférométrie semblent consister essentiellement à doser les produits de cette interaction.

Que ces variations de composition et cette toxicité du sang veineux viennent à s'exagérer et les glandes surmenées ne suffiront plus à leur tâche. Un déséquilibre endocrinien en résultera. Parmi les causes de toxémie qui permettent d'entraîner un pareil trouble,

il en est une particulièrement importante : c'est *l'abus de la station verticale*.

Cette attitude, par la gêne qu'elle apporte à la circulation de retour, entraîne une véritable *hypostase* dans les membres inférieurs. Il en résulte des modifications du sang veineux bien étudiées par Joergensen. Que cette attitude soit maintenue de façon trop prolongée, et, dans la vie moderne ce cas n'est que trop fréquent, non seulement chez les gens que leur profession oblige à travailler debout, mais dans la position assise sur une chaise, position antiphysiologique où les cuisses seules sont horizontales et les produits de désassimilation s'accumuleront dans les régions basses du corps, soit dans le réseau veineux superficiel distendu, sous forme de varices, soit chez les sujets *microphébiques* (qui n'ont pas de veines superficielles à distendre) dans le tissu cellulaire sous-cutané, réalisant des œdèmes malléolaires vespéraux. Ainsi se trouve réalisé le syndrome décrit par les anciens auteurs sous le nom de *varices internes*, dénomination fautive anatomiquement mais qui répond à un syndrome clinique d'individualité indiscutable. Chez tous ces malades le sang veineux des régions basses du corps se charge d'une quantité excessive de produits de désassimilation (1) qui vont se déverser brusquement dans la circulation générale au moment

1. Tout récemment, à la Société de Biologie (9 juin 1934), M. J. Bourbillon dans une *Etude sur le sang de stase provoquée*, constate que chez l'homme normal une stase de cinq minutes suffit pour déterminer dans le sang de la ponction veineuse des modifications constantes. Baisse du pH d'environ 0,10, légère baisse

où le malade se couche. Il en résultera un surmenage des glandes endocrines qui, bientôt épuisées, entraîneront les manifestations diverses groupées par le D^r Léon Filderman sous le nom de *toxémie variqueuse*.

La toxémie variqueuse. — Notre intention n'est pas de reprendre la description qu'il a donnée de cette entité nosographique. Nous voulons simplement en donner quelques exemples particulièrement complets et établir par une statistique la fréquence avec laquelle les éléments de ce syndrome se trouvent associés.

Les ulcères variqueux rebelles à la simple oblitération des varices et nécessitant l'hémocrinothérapie, n'apparaissent isolés que dans 6 cas sur 14, la majorité d'entre eux s'associent à l'eczéma, au prurit, à la dysménorrhée, à la furonculose ou à l'urticaire, l'eczéma n'apparaît seul que dans 50 cas sur 178. Il s'associe le plus souvent à des troubles génitaux, aux varices, à la furonculose, à l'asthme.

Les staphylococcies ne sont isolées que dans 49 cas sur 86. Elles s'associent le plus souvent aux troubles génitaux et à l'eczéma. L'obésité ne nous est apparue seule que dans 3 cas sur 36, elle s'associait seize fois avec des troubles génitaux ;

Onze fois avec des varices ;

du CO² combiné ; augmentation du résidu sec et du volume globulaire.

Chez les néphritiques chroniques sans œdème les résultats sont les mêmes. Quand il existe des œdèmes, l'augmentation du résidu sec est considérable et le CO² combiné semble augmenter au lieu de diminuer.

Cinq fois avec du diabète ;

Trois fois avec des hémorroïdes ;

Quatre fois avec un eczéma.

Les troubles génitaux de la femme ne nous sont apparus seuls que dans 8 cas sur 68, ils s'associent le plus souvent à l'eczéma : dix-sept fois, à l'obésité : seize fois.

* * *

Au total sur 379 *observations des affections que nous avons étudiées ci-dessus* nous n'avons que 192 cas où une manifestation apparaît isolée, 133 cas où s'associent deux de ces manifestations, 31 cas groupant trois affections différentes, treize associations réalisant presque au complet l'ensemble des manifestations de la toxémie variqueuse.

OBSERVATION XLI. — M. Cap..., 47 ans. *Onyxis, éruptions psoriasiformes péri-anales, scrotales, hydartrose, asthénie.* Eruptions psoriasiformes péri-anales scrotales ayant débuté à l'anus. Douleurs très fortes à la paume des mains et à la plante des pieds. Hydartrose du genou, hémorroïdes. C'est porteur de tout cet ensemble pathologique que se présente cet ancien blessé de guerre avec paralysie du plexus brachial droit, gros amaigrissement, asthénie et dépression considérable.

En août 1931 on entreprend l'hémo-orchitique en même temps que le traitement sclérosant des hémorroïdes.

Le 19, devant l'absence d'amélioration nette, on passe à la parathyroïde, le 23 à la surrénale et le 28 à la cortico-sur-

rénale. Cette dernière glande amène une transformation rapide et complète du malade. De jour en jour on voit les ongles reprendre leur aspect normal, les éruptions cutanées diminuer d'étendue, en même temps que le prurit disparaît et que l'état général s'améliore de façon frappante.

Le 5 juin, lors de la deuxième piqûre, le malade a repris du poids et est presque guéri.

Le 14 janvier 1932 les ongles n'ayant pas encore repris un aspect tout à fait normal, on refait une nouvelle série de 6 hépatiques et 6 corticales.

Le 9 mai 1932 légère reprise qui cède à une nouvelle série de cortico-surrénale. La guérison complète s'est maintenue jusqu'à ce jour.

OBSERVATION XLII. — M^{me} Na... Phlébite puerpérale il y a 7 ans. *Ulçère rétro-malléolaire interne droit, furonculose et impétigo, prurit*, a eu de l'*urticaire, règles toujours retardées*, et insuffisantes, 49 kgr. 100 pour une taille de 1 m. 57. Un seul enfant. Pas de sucre ni d'albumine.

A subi divers traitements locaux et diététiques.

Le 25 octobre 1932 hémio-ovarienne qu'on continue, associée au bromure de strontium jusqu'au 11 novembre. A cette date la malade n'ayant augmenté que de 750 grammes, on passe à l'hypophyse antérieure. Le 21, devant l'absence de résultats, on passe à l'hypophyse totale qui amène une grande amélioration, des lésions cutanées, mais le 2 novembre le poids n'ayant augmenté que de 400 grammes on essaie l'extrait mammaire.

Le 8 février le poids a augmenté de 1 kgr. 250 mais le prurit reprend. Pancréas.

Le 1^{er} mars, les lésions de grattage sont considérablement améliorées.

Le 25 mars le poids est passé à 52 kgr. 400 et on termine en sclérosant les varices.

La troisième observation a été publiée par le D^r Berty Maurel à la Société de Thérapeutique ; voici en quels termes :

OBSERVATION XLIII. — Le malade en question a 50 ans. A 20 ans, il a dû subir une série de cinq interventions chirurgicales pour appendicite gangreneuse suraiguë. Depuis cette époque, il a gardé une grande fragilité de tout son appareil digestif, due à des placards de périviscérite adhésive de son carrefour supérieur et à l'atteinte toxoinfectieuse prolongée de ses voies biliaires et pancréatiques.

En 1915, il est évacué du front pour entérite dysentérique.

En 1917 — pour la première fois — il commence à souffrir de poussées *hémorroïdaires* vite compliquées de *fissures*.

En 1923, il passe son été dans une île de l'océan où il absorbe une quantité exagérée de poissons et de crustacés. Sur le moment il paye ces excès par un peu d'entérite — quelques plaques d'*herpès* bucco-pharyngé — sans plus. Mais en novembre il fait une crise très violente de *prurit* anal. Naturellement il se gratte et tout à coup survient une énorme poussée d'*eczéma péri-anal* qui rapidement envahit les aines, les bourses, la verge, le périnée et en moins d'un mois se généralise à la face, au cuir chevelu, aux

oreilles et aux mains. Sur les parties de peau restées saines reparait un *psoriasis* ancien, tandis qu'un semis de gros *furoncles* couvre les cuisses, le dos et que de véritables paquets d'*abcès tubéreux* encombrant les aisselles. Au niveau de l'anus l'inflammation est intense, la défécation horriblement douloureuse. Une rectoscopie faite à ce moment montre un état fissuraire diffus de la muqueuse hyperhémisée et turgescente. Une forte *dépression physique et morale* accompagne cet état lamentable qui se prolonge quatre mois en dépit des nombreux essais thérapeutiques dirigés contre les lésions cutanées et l'état anorectal.

Pendant deux ans il jouit d'une tranquillité relative du moins quant à l'eczéma, car la défécation reste toujours douloureuse. Pommades, suppositoires, séances diathermiques amènent des sédations d'inégale durée, accompagnées d'espoirs de guérison vite déçus.

En 1925, surviennent de petites hémorragies au moment des selles. C'est banal mais voici qui l'est moins. Si, dans les repas précédents le malade a absorbé des albumines animales (viande, poisson, fromage), il note que souvent dans l'heure qui suit cette défécation sanglante, il fait un fort frisson suivi d'une poussée thermique pouvant atteindre 40°. Une petite crise d'eczéma péri-anal est alors la conséquence habituelle de ces épisodes de résorptions toxi-infectieuses avec choc consécutif. L'alcool iodé largement et rapidement appliqué fait parfois avorter la poussée, mais d'ordinaire la dermite vésiculeuse envahit progressivement mais inexorablement le territoire de la 3^e paire sacrée.

Une nouvelle rectoscopie éloigne l'idée d'un rétrécisse-

ment ou d'un néo du rectum. Deux Wassermann se montrent négatifs. Une analyse coprologique *révèle de l'insuffisance pancréatique*.

A la suite d'une poussée nouvelle particulièrement sévère, le malade fait une saison à la Roche-Posay. L'eczéma déjà en décroissance à l'arrivée se cicatrise en une dizaine de jours, il existait depuis 20 jours environ. L'état anal se trouve également un peu amélioré mais le sphincter reste toujours en défense, conditionnant — malgré une selle quotidienne — un état de stase intestinale et de stercorémie dont voici vraisemblablement une autre conséquence : un soir, se sentant dispos quoiqu'un peu hypotendu par le traitement, le malade, son repas terminé, essaie de se lever de table, mais en vain ; sa jambe gauche est pesante et son mollet tout à coup devenu énorme et douloureux. Les médecins appelés se perdent en conjectures : coup de fouet ? phlébite ? crise thermique goutteuse ? En fait pas d'ecchymose, pas de fièvre, mais dès le lendemain une circulation supplémentaire importante indiquant manifestement une *thrombose d'un des gros troncs veineux profonds du membre*.

Quinze jours d'alitement sans fièvre et le malade reprend son courant, trainant cette fois, en plus de ses maux habituels les séquelles coutumières des phlébitiques.

Au cours de cet hiver 1930, une prise de sang accuse une *azotémie* et une *glycémie* un peu au-dessus de la moyenne normale (0,47 d'urée, 1 gr. 15 de glucose). C'est une indication pour le régime mais, pratiquement, ce n'est qu'une complication nouvelle car, lorsqu'il faut se rationner sur les protéiques et les sucres, on doit se rabattre sur les

grasses et les herbacés qui du point de vue mécanique ne lui réussissent guère mieux.

Le maître qui, à deux reprises, a déjà rectoscopé le malade est consulté à nouveau. Il pratique un toucher rectal qui est fort douloureux et comme la prostate paraît un peu grosse, il résume ainsi son impression au malade : « C'est votre prostate qui est en cause. Voyez d'abord un urologue, après nous aviserons s'il y a lieu. Pour l'instant je ne puis rien pour vous et me garderai bien de vous faire aucune injection sclérosante ». Le patient qui était venu pour cela s'en montre tout bouleversé. De fait sa situation devenait assez dramatique, car ayant dû subir déjà autrefois cinq grandes interventions, il n'en gardait pas seulement le plus pénible souvenir, mais encore la certitude que ses reins et son foie déjà atteints supporteraient mal d'autres intoxications anesthésiques.

Allait-il falloir maintenant, pour lui, tomber de Charybde en Sylla, sans espoir réel d'un soulagement rapide aux maux qui précisément l'amenaient chez le spécialiste ?

Soit dépression morale compliquée d'erreurs de régime, soit coïncidence, il refait une poussée sévère où tous les éléments habituels de son état morbide se trouvaient réunis au grand complet.

Je vois le malade à ce moment et venant moi-même de prendre contact avec les travaux du Dr Filderman et notamment son livre : *La toxémie variqueuse* où l'interdépendance des lésions cutanées et

veineuses est judicieusement précisée, je lui propose d'aller le voir ensemble, ce qui fut fait.

Le traitement fut décidé et commencé le jour même (8 novembre 1930). On peut le schématiser ainsi : trois injections sclérosantes au salicylate de soude à 20 % à trois jours d'intervalle pour les hémorroïdes et les fissures, douze hémocrinopancréatiques pour l'eczéma, le psoriasis, les furoncles et le prurit. Durée totale un mois.

Les crises fortes d'eczéma duraient chez notre malade de vingt jours à quatre mois. Le prurit rendait toute occupation sociale difficile, souvent impossible. L'insomnie était coutumière. Les pansements devaient être renouvelés pour le moins trois fois par jour. Le moindre écart de régime se payait. Or dès la troisième injection hémocrinique les démangeaisons cèdent. Le malade peut dormir.

Après la troisième injection le suintement disparaît, l'eczéma s'assèche et l'eudermie se rétablit progressivement. Elle est définitivement obtenue après la huitième injection, car, parallèlement, les furoncles et le psoriasis se sont éclipsés.

Le malade a repris un régime plus libéral qu'il supporte : son équilibre nerveux, très compromis, reparait. Il trouve même dans les injections hémocriniques un regain de tonicité générale qui lui permet de reprendre son métier tout en suivant son traitement qui n'est continué que pour fixer les résultats acquis.



Telle est l'allure générale du syndrome qui constitue l'indication majeure de l'hémocrinothérapie.

Certes, cette méthode ne prétend nullement se substituer ou s'opposer à l'opothérapie classique par les voies buccale ou parentérale, mais elle la complète utilement en raison de ses indications spéciales, de son mode d'action plus physiologique, de la rapidité et de la constance de ses résultats qui lui permet de jouer par excellence ce rôle de *pierre de touche* que Léopold Lévy assigne à l'opothérapie.

Les résultats de l'opothérapie classique, s'ils sont en effet très brillants dans certains cas, tel notamment le myxodème, sont souvent inconstants, temporaires ou très lents.

La voie d'accès du produit endocrinien joue en effet, à notre avis, un rôle très important, et l'arrivée continue et régulière du produit endocrinien *dans le sang veineux* qui est la voie d'accès physiologique ne saurait avoir les mêmes effets que l'ingestion qui soumet des corps aussi instables que les hormones à l'action brutale des sucs digestifs ou l'injection parentérale qui provoque une résorption rapide *par voie lymphatique*.

La stimulation des fonctions antitoxiques des glandes endocrines ne pourra donc être réalisée que par une méthode qui assure :

- 1° la résorption lente du produit endocrinien ;
- 2° son contact direct avec le sang veineux. C'est précisément ce que réalise l'hémocrinothérapie.

Tel est, selon nous, le mécanisme de l'action de l'hémocrinothérapie en général. Nous allons voir comment cette action peut s'appliquer plus particulièrement dans chaque cas.

Ces déficiences des fonctions antitoxiques des glandes endocrines peuvent entraîner des manifestations de trois ordres : manifestations cutanées, manifestations vasculaires, manifestations proprement endocriniennes.

*
* *

Les *manifestations cutanées* sont les plus importantes, tant par leur fréquence que par leur variété. La peau, elle aussi, joue en effet un rôle important dans l'élimination et la neutralisation des produits toxiques. Ce rôle, soupçonné par les anciens auteurs, a été remis en lumière par des travaux récents, parmi lesquels nous citerons ceux d'Hoffmann sur l'œsophylaxie (XI) et ceux de Boigey (XII) sur la sudation.

On conçoit dès lors que si les glandes endocrines ne suffisent plus à leurs fonctions antitoxiques, la peau en ressent le contre-coup.

*
* *

Les *ulcères variqueux*. — L'accumulation des produits toxiques dans les parties déclives du corps,

entraîne, avant même que leur diffusion ait troublé les fonctions endocriniennes, une toxémie locale, dont les manifestations pour les raisons que nous venons d'expliquer, prédominent à la peau. Les cellules épidermiques surchargées de produits toxiques qu'elles ne suffisent plus à éliminer finiront par succomber, entraînant la formation d'un ulcère variqueux. Un tel ulcère guérira par la simple suppression des varices par le traitement sclérosant. Celle-ci en effet suffit à rétablir une circulation normale qui assurera l'élimination des produits toxiques accumulés.

Lorsqu'au contraire la toxémie s'est généralisée entraînant une déficience endocrinienne, la régularisation de la circulation locale ne suffit plus à désintoxiquer la région malade. L'hémocrinothérapie est nécessaire pour remettre les glandes endocrines en état d'assurer cette désintoxication ; l'observation de M. Lel (III) est à ce sujet particulièrement démonstrative. Dès la deuxième injection sclérosante, les ulcères sont très améliorés, par suite de l'amélioration de la circulation locale ; mais les progrès s'arrêtent après la quatrième, les progrès que fait la circulation locale ne suffisent pas à désintoxiquer les tissus car le sang qu'ils amènent n'est pas, lui-même, suffisamment désintoxiqué.

Et il faut, par 12 injections hémocriniennes, rétablir la fonction antitoxique des testicules pour guérir cette intoxication devenue générale.

^L
* * *

L'eczéma serait pour certains auteurs une manifestation d'intolérance.

Cette opinion se fonde surtout sur sa coexistence ou son alternance fréquente avec des affections telles que l'urticaire, l'asthme, la migraine. Mais cette théorie ne rend pas compte de l'eczéma variqueux alors qu'au contraire la toxémie variqueuse, comme nous l'avons vu, explique la coexistence de l'eczéma et des manifestations anaphylactiques.

D'ailleurs l'eczéma ne présente aucun des caractères des réactions d'intolérance. Si, en effet, son début est brutal et son évolution se fait par poussées, ces poussées n'ont jamais la fugacité de celles de l'asthme ou de l'urticaire. Elles se prolongent plusieurs jours ou plusieurs semaines. L'eczéma passe fréquemment à la chronicité alors que l'asthme ou l'urticaire dans leurs formes prolongées sont plutôt récidivants et subintrants qu'à proprement parler chroniques. On a pu parfois déceler une substance déchaînante dans l'eczéma, mais c'est rarement une albumine hétérogène, beaucoup plus souvent une substance réellement active et toxique par elle-même ou, au contraire, une substance aussi répandue et aussi inoffensive que l'eau. C'est pourquoi cette réaction nous paraît s'expliquer beaucoup mieux comme celle d'une peau surchargée de produits toxiques qu'elle ne suffit plus à éliminer par suite de l'insuffisance

des glandes chargées de les neutraliser. Cette peau réagira soit spontanément, soit sous l'action d'un poison à dose infra-toxique ou d'une cause d'irritation aussi banale que le contact de l'eau. On sait d'ailleurs la fréquence avec laquelle l'eczéma apparaît chez les dysendocriniens ou à l'occasion d'une cause quelconque d'altération endocrinienne : épisode de la vie génitale, surmenage physique, intellectuel ou émotif.

Jamais enfin, à ce que nous croyons, on n'a réalisé un eczéma par sensibilisation expérimentale ni, au contraire, guéri un eczéma par désensibilisation spécifique à la substance déclenchante, alors qu'au contraire, l'hémocrinothérapie guérit rapidement tous les eczémas auxquels elle est appliquée correctement en se fondant sur un diagnostic endocrinologique judicieux. Nous savons, certes, que, pour M. Sézary, elle agit comme une désensibilisation conjuguée par allasothérapie mais cette hypothèse n'explique pas la spécificité glandulaire rigoureuse de son action.

Nous y avons déjà fait allusion à propos du diagnostic endocrinologique et de la valeur de l'épreuve thérapeutique. Entre de nombreuses observations qui en donnent la preuve en voici une particulièrement convaincante.

OBSERVATION XLIV. — M^{me} Gor..., 27 ans. *Eczéma interdigital des deux mains, onyxis*. Toujours réglée en retard d'environ 15 jours.

1^{res} règles à 15 ans 1/2.

1 fausse couche.

1 enfant de 4 ans 1/2, allaitement maternel. Début 6 mois après l'accouchement, 2 mois après le retour de couches. A subi à Saint-Louis divers traitements locaux ; n'a été améliorée que par la goudroline.

L'année dernière amélioration légère de l'eczéma et des règles.

Actuellement poussée à l'occasion d'un nouveau retard de 15 jours.

Troubles gastriques, aigreurs, pas de constipation, temps de saignement prolongé. Tension artérielle 12 1/2-5, index 2 1/2.

Le 26 mai 1932 hém-o-varienne et bromure de strontium. La malade interrompt le traitement jusqu'au 2 juin.

Le 11 juin, pas de résultat. Surrénale. Une légère syncope s'étant produite on passe à la cortico-surrénale.

Le 18, pas de résultat. Hypophyse totale.

Le 4 juillet, la tension est montée à 13-8 mais l'eczéma persiste. On recourt, en raison des troubles digestifs et sanguins à l'extrait hépatique et dès le 9, les lésions ont presque disparu, et quelques jours après elles disparaissent complètement.

* * *

Ainsi cette malade qui présente des troubles digestifs et un temps de saignement prolongé n'aurait pas été désensibilisée par le mélange de son sang et d'extraits d'ovaire, de surrénale ni d'hypophyse et l'aurait été par l'extrait hépatique. Il nous paraît plus logique de croire que celui-ci a agi en stimulant directement les fonctions eucrasiques du foie.

Ces réflexions s'appliquent de la même façon à la plupart des autres dermatoses relevant du traitement hémocrinien. Il nous faut cependant insister sur deux d'entre elles : l'urticaire et la furonculose. Dans l'urticaire en effet de même que dans l'asthme et la migraine, le rôle de l'anaphylaxie est indiscutable, au moins dans certains cas.

Mais contrairement à une opinion actuellement à la mode, elle ne nous paraît jouer qu'un rôle secondaire. L'important nous paraît être, non pas de savoir si le malade est sensibilisé et à quoi, mais pourquoi il est sensibilisable.

Les conditions réalisées par les mémorables expériences du Professeur Richet ne se trouvent pratiquement jamais réalisées dans la nature. Et la présence dans le milieu intérieur d'une albumine hétérogène n'est possible que dans une déficience des fonctions eucrasiques. L'observation clinique nous a d'ailleurs permis de constater que toutes les fois qu'on trouvait une sensibilisation à une substance alimentaire c'était l'hémocrinothérapie hépatique ou pancréatique qui amenait la guérison.

Si l'albumine alimentaire pénètre dans l'organisme, c'est donc par la voie des veines sus-hépatiques, faute d'avoir été arrêtée par la barrière hépatique ou digérée suffisamment par la trypsine pancréatique.

Dans ces réactions anaphylactiques, l'hémocrinothérapie agit donc en rétablissant les fonctions eucrasiques des glandes endocrines qui empêchent la sensibilisation et le déclenchement de ses manifes-

tations. C'est à notre avis la seule façon dont l'hémo-crinothérapie puisse être considérée comme désensibilisante.

*
* *
*

Dans la *furunculose* et autres staphylococcies cutanées, il pourrait sembler paradoxal au premier abord d'appliquer un traitement endocrinien.

Mais le staphylocoque est un germe banal, habituellement saprophyte, il ne devient pathogène que sur un terrain prédisposé. Certes une souche de staphylocoques peut exalter sa virulence par passages successifs réalisant de véritables petites épidémies de furoncles, mais en pareil cas un sujet sain fera un petit furoncle et c'est tout. La furunculose, surtout dans ces formes d'une chronicité désespérante qu'elle revêt parfois, l'anthrax, les complications graves des furoncles de la face ou de l'oreille ne sont possibles que chez des sujets qui ne se défendent pas contre les toxines microbiennes.

C'est ici qu'on vérifie jusqu'à l'évidence la justesse du mot de Claude Bernard : « Le germe n'est rien, le terrain est tout ».

Les staphylococcies se voient surtout chez des sujets en état de moindre résistance, convalescents, surmenés. On sait le rôle du surmenage physique dans le furoncle des cavaliers, du surmenage intellectuel dans ceux qu'on voit se multiplier chez les étudiants à l'approche des concours. Toutes ces causes aboutissent à une déficience des glandes endocrines. On

sait la fragilité de certains dysendocriniens : diabétiques, myxœdémateux, envers les infections.

L'hémocrinothérapie est, par excellence, la médication du terrain.

Certes, on peut guérir une furonculose ou un anthrax par un traitement anti-infectieux. Mais à quoi bon détruire les staphylocoques du malade si on ne le met pas en état de résister à ceux qu'il rencontrera fatalement. La récurrence est presque inévitable soit sous la même forme, soit sous une autre, jusqu'au jour où, soignant le terrain et non plus le germe, on remettra le malade en état d'éliminer ses staphylocoques et de résister à toute nouvelle atteinte.

C'est ce que font bien voir les deux observations suivantes :

OBSERVATION XLV. — M. Ham..., 66 ans. *Furonculose* à 25 ans, à la suite d'accident de la lithiase rénale. Furoncles continuellement. Une cure à Vittel les fait disparaître.

Rechutes à 4-5 reprises malgré des injections de stan-noxyl de vaccins et autres traitements anti-infectieux.

Derrière rechute il y a 15 jours, gros furoncles au visage, à la nuque et sous-maxillaires, pas de glycosurie.

Le 23 décembre 1931 hémohépatique, le 30 devant le peu de résultats on essaie le pancréatique qui amène une guérison rapide, complète et définitive ; la maladie n'a pas récidivé depuis.

OBSERVATION XLVI. — M. Dev... a eu un sycosis guéri par l'oxyde de mercure, 15 jours après ses fiançailles

2 *furoncles* au menton. Un stock vaccin en a amené la guérison. Récidive, vaccin de Pasteur. Anthrax opéré. Auto-hémothérapie sans résultat.

Le 5 février 1934 hémoro-chitisme Guérison rapide et complète, le traitement a été terminé le 2 mars, les furoncles n'ont pas récidivé depuis.

Ainsi, dans un cas, la furunculose guérit par le stannoxyl ou le vaccin mais récidive jusqu'à l'institution de l'hémocrino-pancréatique, dans l'autre c'est un sycosis qui, guéri par l'oxyde de mercure, récidive sous forme de furoncles puis d'anthrax.

Si l'on ajoute que la furunculose vient, comme nous l'avons vu, rarement seule, et que c'est à l'ensemble des manifestations concomitantes que l'hémocrinothérapie s'adresse, on comprendra ses avantages sur les traitements anti-infectieux.

*
* * *

Les manifestations vasculaires sont, à notre avis, en rapport avec une irritation des parois vasculaires par un sang altéré dans sa composition. Cette irritation entraîne un spasme qui, s'il est généralisé, aboutit à l'*hypertension* s'il prédomine aux membres inférieurs, plus intoxiqués par suite de la gêne de la circulation de retour, c'est l'*artérite*. Ce n'est que secondairement que ce spasme aboutira à l'athérome par précipitation sur une partie artérielle déjà altérée des produits dont le sang est mélangé.

Ce rôle primitif du spasme est particulièrement

manifeste dans l'observation suivante communiquée par le D^r Filderman à la Société de Thérapeutique.

OBSERVATION XLVII. — Ho... Le 7 avril 1930, je trouve au Pachon les chiffres suivants : au-dessous de la malléole droite : Mx 14 ; Mn 7, I. o. : 4,5.

Le 12 avril : Mx 12 ; Mn 7, I. o. : 4,5.

Le 14 avril : Mx 10 ; Mn 7, I. o. : 4,5.

Avec une régularité mathématique, malgré une injection d'acécholine à chaque séance, la tension locale diminue de jour en jour. Au poignet et à la jambe je trouve les chiffres suivants : 21 ; 9 ; 8.

En présence de cette situation je fis le 14 avril 1930, la première application de l'hémocrinothérapie dans l'*artérite oblitérante*. A ma grande satisfaction je constatai le 16 avril les chiffres suivants : 12,5 ; 6,5 ; 2. Mais le malade inconscient de la gravité de son cas, m'abandonna.

Incontestablement ces modifications rapides, dans un sens ou l'autre, sont le fait de la vasoconstriction. Les événements se déroulent avec rapidité chez ce malade. Il va voir M. Noël Fiessinger, qui porte le diagnostic de claudication intermittente artérielle sans oblitération complète. « Le traitement institué ne donnant pas de résultats, la doctoresse Avramoff, à laquelle il s'adresse, note le 15 mai 1930 : « zéro au pied droit », et je revois le malade le 19 mai 1930. Je trouve une oscillation d'un demi-centimètre ; le surlendemain de l'injection de mélange hémovarien l'index est déjà à 2,5 ; un recul se produit le 26 mai, où je trouve 1,5 ; le 30 mai j'ai de nouveau 3 ; à partir de ce moment l'index oscille autour du chiffre 3, il diminue par-

fois d'une demi-division, d'autres fois il arrive à 4. Je fis 12 séances d'hémocrinothérapie, et le 25 octobre 1930, 4 mois après la fin du traitement, j'ai pu le présenter à la Société de Médecine l'oscillomètre en main ; il avait un index de 4 sur Mx de 14-15. Malheureusement je ne le revis plus pendant près de deux ans. Le 26 mai 1932 je trouvai les chiffres suivants : mall. dr. 11,5 ; 9 ; 1,5.

Et la jambe gauche se trouve prise à son tour. Voici les chiffres que je trouve :

mall. g. 12,5 ; 9 ; 1,5.

Le malade refuse le traitement parce que, habitant Argenteuil il a trop de frais pour venir à Paris, et il refuse de se confier à un médecin de la localité. Mais le 22 mars 1933 ce malade me revient avec une hypertension générale (Mx 27). Il aurait eu des crises qui ont fait penser à l'angor.

Le Dr Sigaud, d'Argenteuil, voulut bien se charger de reprendre l'hémocrinothérapie ; elle semble avoir donné un assez bon résultat. En tout cas, le 10 mai je trouve une tension maxima abaissée à 17. Par contre, l'artérite des membres inférieurs a fait des progrès ; en effet nous avons les chiffres suivants :

mall. g. 11 ; 10 ; 1

Mall. dr. 10 et un index d'à peine une demi-division.

Une nouvelle série de 12 piqûres fut faite à Argenteuil. Je ne le revis plus que le 28 novembre 1933 ; il avait à ce moment une Mx de 12 et un I. o. de 1 à droite ; 10,5 et 3/4 à gauche. A remarquer que le côté gauche, pris après le côté droit, est le plus malade. Peut-être est-on en droit d'en inférer que la maladie s'est installée dans cette jambe

pendant l'année 1931, au cours de laquelle il n'avait eu aucun traitement. La sclérose irréductible a pu ainsi s'installer. La tension artérielle (Mx) de ce malade était de 21 au début en 1930 ; elle passe à 17 à la fin du traitement. Le 23 mars 1933 on trouve à nouveau une Mx de 27. La raison ? 23 mois sans traitement. L'hémocrinothérapie est reprise et le 7 avril 1933 on trouve derechef 20 au bras droit, 17 au bras gauche.

*
* *

J'ai cru devoir faire, un peu trop longuement peut-être, l'analyse de cette observation-type. Elle nous paraît instructive, en ce sens qu'elle montre les effets spasmodiques précédant la sclérose et se superposant à elle. L'hémocrinothérapie ne peut pas agir sur les lésions scléreuses fixées, mais elle atténue, peut-être même supprime-t-elle, pour un temps assez long, la vaso-constriction, ce qui permet la guérison des lésions trophiques, quand elles ne sont pas trop avancées.

*
* *

D'autres malades ont présenté des phénomènes du même ordre. Au cours du traitement, l'oscillométrie révèle des variations d'un jour à l'autre, entre certaines limites assez larges au début. L'amplitude de ces variations donne, en quelque sorte, la mesure de la part du spasme dans l'artérite oblitérante.

* * *

Dans l'*hypotension*, l'altération sanguine est de nature différente et provoque non plus une excitation, mais une inhibition de la contractilité vasculaire.

L'hémocrinothérapie surrénale ou hypophysaire neutralisera ces produits hypotenseurs. Il en est de même dans la *cyanose* sus-malléolaire. Mais cette vasoplégie est ici localisée aux membres inférieurs par suite d'une toxémie variqueuse localisée.

L'action à la fois locale et générale de l'hémocrinothérapie locale réveillera cette contractilité en même temps qu'elle débarrassera l'organisme des produits toxiques qui l'ont inhibée.

On comprend dès lors pourquoi dans ces manifestations vasculaires la nature de l'affection prend dans l'appréciation du trouble de la crase sanguine et du trouble glandulaire auquel elle correspond, une valeur qu'elle n'a pas dans les autres manifestations de la toxémie.

* * *

Dans les *manifestations purement endocriniennes* comme le diabète, ou les troubles génitaux, l'action s'explique facilement :

L'excitant physiologique des sécrétions endocriniennes serait constitué par les produits de l'interaction des glandes endocrines et des éléments du sang veineux qu'elles sont appelées à neutraliser. Ces

produits ont été bien étudiés par Abderhalden (XV) et par Hirsch (XVI). Ce dernier a même mis au point une méthode de diagnostic endocrinologique fondée sur le dosage par interférométrie des produits engendrés par le contact du sang du malade et d'un extrait glandulaire étalonné.

Il s'agit bien d'un excitant physiologique et non pas d'une simple action de suppléance comme le prouvent les cas de :

*
* * *

Cryptorchidie. — Où nous avons pu voir les testicules achever sous nos yeux leur développement et leur descente.

OBSERVATION XLVIII. — Thi..., 10 ans. *Cryptorchidie. Arriération mentale.*

Le 9 décembre materno-crino-orchitique.

Dès le 19, les 2 testicules sont descendus dans les bourses.

*
* * *

Pour *l'obésité*. Il importe tout d'abord de remarquer qu'elle s'observe presque exclusivement chez les sujets microphlébiques, (dont le réseau veineux superficiel est très peu développé). Il semble que l'organisme lutte contre certaines intoxications en diluant les produits toxiques. Cette dilution se fait soit par la dilatation du réseau veineux superficiel (et ce mécanisme jouerait un rôle important dans la forma-

tion des varices au cours de la toxémie locale par hypostase), soit dans le tissu cellulo-graisseux qui va simultanément s'hypertrophier et s'infiltrer d'œdème.

La désintoxication que réalise l'hémocrinothérapie fera donc fondre à la fois la graisse et l'œdème.

Le régime que nous imposons aux obèses tend à ce double but par la suppression du sel d'une part, des hydrates de carbone de l'autre.

On nous objectera qu'un tel régime suffit à faire maigrir un sujet normal. Mais jamais il ne le fera maigrir dans les mêmes proportions qu'associé à l'hémocrinothérapie.

Nous avons pu vérifier ce fait dans un grand nombre de cas, soit chez des malades à qui nous commençons à titre d'essai par imposer le régime seul, soit lorsque le poids étant revenu à la normale et le malade ayant abandonné le régime, il était obligé, pour enrayer un nouvel engraissement, à reprendre d'abord le régime puis les piqûres.

Nous possédons à ce sujet un grand nombre d'observations très démonstratives. En voici deux à titre d'exemple.

OBSERVATION XIL. — M^{me} Flo..., 119 kgr. 900 gr.
1 petite varice à la cuisse gauche.

Le 26 mai 1931, hémio-ovarienne.

Le 28 mai, 118 kgr. 200.

Le 30 mai, 116 kgr. 500.

Le 1^{er} juin, 115 kgr. 800.

Et à partir de cette date nous constatons tous les deux jours une baisse de 100 à 800 grammes.

Le 19 juin, fin du traitement la malade n'a plus que 112,800 ; avant la fin de l'année le poids était tombé au-dessous de 100 kilogrammes, et la femme est devenue enceinte.

OBSERVATION L. — M^{me} Pir..., 29 ans. Une petite varice au creux poplité gauche.

Le 26 octobre 1932, 81 kgr. 150. Hémo-hypophyse antérieure et sclérose de la varice.

Le 28 octobre, 81 kgr. cette baisse nous paraît insuffisante et nous faisons de l'hémo-ovarienne.

Le 30, 78 kgr. 950.

Le 3 octobre, la malade ayant mangé en ville et pris un repas salé son poids est remonté à 81 kgr. 950.

Le 5, 78 kgr. 650.

Le 7, 78 kgr.

A partir de cette date le poids baisse irrégulièrement jusqu'à 77,300 le 17 octobre, date à laquelle la malade qui se pliait mal au régime abandonne le traitement.

Ces deux observations donnent un aspect schématique de l'évolution du poids de nos malades et de l'ordre de grandeur de ces variations.

La première malade perd 1 kgr. 700 à chacune des deux premières injections. Une chute de poids aussi rapide ne peut s'expliquer que par l'élimination d'eau et s'accompagne en effet de polyurie. Une fonte graisseuse aussi importante ne saurait se pro-

duire sans fièvre et sans troubles du métabolisme comme en donne le traitement amaigrissant par la thyroïde, plus tard l'eau en excès étant éliminée c'est une fonte grasseuse qui se produit, ne dépassant pas 400 gr. par jour.

Dans le deuxième cas la première injection d'ovaire fait perdre 1 kgr. 050, un écart de régime fait remonter le poids au-dessus même du chiffre initial. C'est ce qui se passe dans tous les cas et nous avons là un excellent moyen de contrôle de la docilité de nos malades.

Mais la piqûre suivante rattrapant ce retard lui fait perdre 3 kgr. 300.

Nous avons un grand nombre d'observations analogues avec des chiffres de même ordre.

* * *

L'*amaigrissement* d'origine endocrinienne relève également de la méthode, mais les résultats sont beaucoup plus difficiles à obtenir comme on peut le voir dans l'observation de Mme Man... (XL). Il est des cas où la malade, avec un poids exagéré, présente une face, un thorax et des bras d'aspect normal ou même maigres, toute la graisse se concentre dans les régions basses. Ce sont les *fausses maigres* si bien décrites par Léopold Lévy. Ce phénomène s'explique parfaitement par une toxémie variqueuse localisée. Léopold Lévy, dans une communication à la Société de Médecine se plaint de ce que les traitements amaigrissants

n'agissent que sur les parties déjà maigres et réciproquement, de sorte qu'on ne peut qu'aggraver la disproportion. C'est vrai pour les traitements classiques, mais non pour l'hémocrinothérapie qui, dans ces cas, fait fondre uniquement les parties déclives. Et nous pouvons citer à ce sujet le cas, plaisant mais démonstratif, d'une actrice de cinéma qui, s'étant fait, au début du traitement, prendre mesure pour une gaine et un soutien-gorge, s'aperçut à la fin du traitement que la gaine était devenue trop grande et le soutien-gorge trop petit.

*
* *
*

Il nous reste à parler de deux affections qui ne trouvent place dans aucun des trois cadres que nous avons tracés : *l'asthme et l'épilepsie*.

Ici la toxémie au lieu de se manifester par l'atteinte directe des glandes ou par celle des vaisseaux ou de l'émonctoire cutané, se localise sur un autre émonctoire : le poulmon, ou sur un organe particulièrement sensible aux intoxications : le cerveau.

Pour *l'asthme* nous avons dit à propos de l'urticaire ce que nous pensions de ces manifestations d'ordre anaphylactique, l'existence d'une épine irritative pulmonaire suffit à expliquer qu'elle se localise sur un émonctoire plutôt que sur l'autre.

Pour *l'épilepsie* : on conçoit qu'un organe comme le cerveau, si sensible à toutes les intoxications, réagisse aux toxémies endocriniennes, peut-être par l'intermédiaire de réactions vaso-motrices et de

spasmes artériels comme cela semble résulter de travaux récents ; ce qui le ramènerait au cas des manifestations vasculaires.

Ainsi la théorie toxémique et notamment la toxémie variqueuse nous paraît suffire à expliquer dans tous les cas l'action de l'hémocrinothérapie.

CONCLUSIONS

1^o L'hémocrinothérapie consiste à injecter dans les muscles du malade un mélange de son sang veineux et d'extrait glandulaire. Cette méthode thérapeutique a ses indications propres et diffère de l'opothérapie simple et de l'autohémothérapie par la rapidité et la constance de ses résultats. Elle paraît indiquée dans toutes les affections dépendant d'un trouble endocrinien.

2^o Elle a fait ses preuves dans les *ulcères variqueux rebelles*, les *eczémas*, la *furunculose*, la *sclérodermie*, l'*herpès*, le *psoriasis*, la *maladie de Dupuytren*, le *sycosis*, l'*urticaire*, l'*hypertension*, l'*hypotension*, l'*artérite oblitérante*, l'*obésité*, le *diabète*, l'*asthme*, les *troubles menstruels*, la *cryptorchidie*, certaines *épilepsies*. Dans l'*érythro-cyanose sus-malléolaire* et certains *nævi vasculaires* l'injection se fait localement. Dans le *prurigo*, elle est plus efficace lorsqu'on emprunte le sang à une femme ou à la mère s'il s'agit d'un enfant (*gynocrinothérapie*, *materno-crinothérapie*). Chez l'enfant on prélève toujours le sang sur la mère.

Son domaine s'étend journellement.

3^o Le *diagnostic de la glande* à employer se déduit, moins des caractères de l'affection elle-même, que de l'examen complet du malade et surtout de l'équilibre endocrinien lors de la première manifestation pathologique en cause.

Dans certains cas, *l'hémocrinothérapie, pierre de touche*, permet de poser ou de rectifier un diagnostic clinique. Elle ambitionne d'aider la physiologie à élucider certains problèmes, notamment dans la question du rôle des endocrines dans la défense antitoxique.

4^o Cette méthode trouve son indication majeure dans la *Toxémie variqueuse*, syndrome de surmenage endocrinien dû à l'afflux d'un sang veineux rendu hypertoxique par l'hypostase qu'engendre l'abus de la station verticale et qui peut se manifester par l'une quelconque des affections ci-dessus. Ces affections s'associent très fréquemment entre elles simultanément ou successivement.

Vu : le Président de la thèse,
LOEPER.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES CITÉS

I. LÉON FILDERMAN :

1° *Bulletin officiel de la Société médicale des Praticiens.*

a) avril 1927.

b) 21 juin 1929.

c) juin 1930.

d) novembre 1930.

2° *La toxémie variqueuse.* Ed. Jouve, 1928.

3° *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.*

a) 9 janvier 1931.

b) 9 décembre 1932.

c) 10 mars 1933.

4° *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 13 décembre 1933.

5° *L'esprit médical*, juillet 1932.

6° *Les échos de la Médecine*, 15 janvier 1934, p. 1.

II. DELATER :

Presse médicale.

III. LÉOPOLD LÉVI :

Nouvelles études endocrinologiques.

IV. SÉZARY :

Société médicale des Hôpitaux de Paris, 7 mars 1930.

V. SPILLMANN :

Journées médicales de Bruxelles.

- VI. *Thérapie der Gegenwart*, juin 1926.
- VII. CARILLON :
Thèse Nancy, 1925.
- VIII. CHEVALLIER :
Paris médical, 16 janvier 1932.
- IX. ALAJOUANINE :
- X. VILLARET et SAINT-GIRONS :
XXII^e Congrès de Médecine.
- XI. HOFFMANN :
Du rôle curateur et protecteur de la peau à l'égard des affections internes (Berlin, 1927).
- XII. BOIGEY :
Comptes rendus de l'Académie de Médecine.
- XIII. Auguste LUMIÈRE et M^{me} GRANGE :
Comptes rendus de l'Académie des Sciences.
- XIV. JOERGENSEN :
Revue danoise de Biologie, 15 avril 1920.
- XV. ABDERALDEN :
- XVI. HIRTZ ou GUILLAUMIN :

OUVRAGES A CONSULTER

- AMBARD et SCHMID. — Ulcères de jambe guéris par l'insuline. *Bull. de la Soc. française de Dermatologie*, 1925, n^o 3, 19 janvier.
- LACROIX (Antoine). — Une énigme pathologique : l'ulcère de jambe. *Rev. de vulgarisation des Sc. méd.*, février 1929, p. 5.
- PAUTRIER, AMBARD, SCHMID et LÉVY. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une hyperglycémique sans glycosurie et ulcère de jambe guéri par

- l'insuline chez une malade à glycémie normale.
Bull. de la Soc. française de Dermatologie, XXV,
1929, n° 6, 10 mai, p. 132.
- BOURGGRAFF. — Contribution à l'étude des relations des
ulcères de jambe et des déficiences organiques.
- COHEN. — Ulcère de jambe par dysfonctionnement thy-
roïdien. *Journ. of the Americ. med. assoc.*, n° 4,
27 janvier 1934.
- RAMEL. — Pathogenèse du complexe dit variqueux.
Rev. méd. de la Suisse romande, n° 8, 25 juin 1933.
- BONNET (Gabriel). — Les modifications de la protéinémie
au cours de l'eczéma. Thèse de Paris, 1929, Jouve
édit.
- BURGESS. — Etiology of exzema. *Arch. on dermatology
and Syphilology*, août 1927.
- BURNETT. — Eczema and psoriasis metabolic disorders.
New England Journ. of med., 16 août 1928.
- COSTELLA. — Radiation of the thymus in infantile eczema.
Journ. of Missouri med. assoc. Saint-Louis, 1925,
XXII, p. 398.
- CRAUSTON, LOW. — Le complexe eczéma asthme prurigo.
The British Journ. of Dermatology and Syphilis,
n° 480, octobre 1928, p. 389.
- DALCHÉ. — Eczéma prutyi carence sexuelle féminine.
Les Sciences méd., 31 janvier 1929, p. 13.
- DARIER. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *VIII^e Con-
grès international de Dermatologie et de Syphili-
graphie*, Copenhague, 5 août 1930.
- DROUIN. — Certains eczémas chroniques sont justiciables
de l'opothérapie. *Le Courrier médical*, n° 31,
2 août 1931.
- DU CASTEL. — Les troubles digestifs dans l'eczéma. *Gaz.*

méd. de Picardie et Bull. de la Soc. d'Amiens,
n° 102, décembre 1931.

GOUGEROT, COHEN et POULAIN. — Eczéma et choc humoral. *Soc. française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 juillet 1931.

GADASSOHN. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *VIII^e Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 25 octobre 1930.

JANSION, COT et PECKER. — Les aspects cliniques de l'eczéma, des symptômes à l'étiologie. *Méd. pratique*, 15 décembre 1930.

MICHAEL. — Etiologie and pathogen critical investigation of relation of endo products of protein metabolism to eczema and Kindred disouders. *Int. tr. sect. Dermat. and Syphil. A. M.*, p. 193-208, 1926.

NOBL. — Sur l'eczéma par hypersensibilité. *Wien. Klin. Woch.*, n° 52, 25 décembre 1931.

STANCANELLI. — Eczemin in coïncidenza con disturbi mestruali et guariti con la opoterapia ovarica. *Medecina pratica*, Napoli, 1926, XI, p. 12, 132.

TOURNAY. — Eczéma variqueux et injections sclérosantes. *Monde médical*, n° 737, Paris, 1928.

BUSCKLE. — Allergie et eczéma. *Med. Klin.*, 25, 17 juin 1932 et 28 juillet 1932.

STOKES. — Le complexe de l'eczéma. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 1127, n° 14, 2 avril 1932.

GUARINE. — Traitement de l'eczéma chronique par l'irradiation de la glande thyroïde. *Giorn. Ital. delle Mall. ven. della pelle*, 1923.

— Radiothérapie dans les dermatoses, organothérapie de l'eczéma chronique. *Rinascenza medica*, n° 7, 1927.

- GOUGEROT. — Des régimes dans l'eczéma et autres dermatoses, réaction de défense, fréquence des pluri-sensibilisations. *La Clinique*, n° 160, II, 3, p. 63.
- CARLE. — La querelle de la graine et du terrain dans la furonculose. *Progrès médical*, n° 5, 1^{er} février 1930, p. 185.
- LÉVY-FRANCKEL. — Furonculose. *Journal de Médecine de Paris*, 7 juin 1926.
- KAPPIS. — Die behandlung der furnkel mit Engerbl umspitrenng. *Ther. Gegenw.*, n° 1128, p. 20-22.
- DUFOURMENTEL. — Les furoncles de l'auvent nasal et de la lèvre supérieure. *Prat. méd. franç.*, 4, 17, 1178, 1933.
- GEORGE (A. R. E.). — L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans la furonculose. *Thèse Nancy*, 1930-1931.
- RENARD, HILLEMANT et LAPORTE. — Syndrome pluri-glandulaire thyrosurrenal avec sclérodactylie. *Soc. méd. des Hôp.*, 11 juin 1926, p. 967.
- SPILLMANN, CRÉANGE et WEILL. — Sclérodactylie et sclé-
rodermie progressive avec troubles endocriniens. *Bull. Soc. française de Dermatologie et de Syphili-graphie*, 34, 41-43, II, 1927.
- HALBRON et SÈZE (de). — Sclérodermie avec mélanodermie. Rôle de l'insuffisance surrénale. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 47, 470-477, 30 mars 1931.
- BUSQUET. — L'autosérothérapie dans le traitement des dermatoses et particulièrement du psoriasis. *Gaz. des Hôp.*, 26 juillet 1930, p. 1085.
- FREEMANN, WARD. — Psoriasis treated with hypodermic injections ou thymus. *Med. Journ. and Record*, n° 4, août 1927.
- LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. — Recherches sur le Psoria-

sis et résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires sanguines. *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 1923.

SÉZARY. — Les traitements internes et la pathogénie du psoriasis. *La Prat. méd. franç.*, août 1926, n° 8.

— Le psoriasis. *L'Etoile méd.*, juillet 1931, p. 6-7.

ZELENEN. — Etat du sang dans le psoriasis. Quantité d'hémoglobine, de globules blancs et rouges chez les psoriasiques. *Journ. de Méd. militaire russe ; Annales de Derm. et de Syphil.*, 1894.

GRAF. — Beitrag zur froge des saure Basenglesch alkalireserve im blute bei psoriasis ekzema und linigen anderen dermatosen. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, vol. 158, p. 3.

MOREL, GATE et DORCHÉ. — Variations du taux du sang dans l'eczéma et le psoriasis. *C. R. Soc. de Biol.*, 108, 899-9024, décembre 1931.

LABUT. — Où en est le traitement du psoriasis. *L'Hôpital*, décembre 1932.

LUMIÈRE. — Sur le syndrome urticarien. *L'Avenir médical*, mai 1932 ; *Le Monde médical*, n° 804, 1^{er} février 1932.

PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, BLANMOUTIER, DÉROT et LAUDAT. — Urticaire par effort, l'acidose in *Soc. méd. des Hôp.*, 12 juin 1931.

PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et BLANMOUTIER. — Essai de traitement de l'urticaire, de l'œdème et de l'eczéma par un extrait splénique très concentré. *Bull. et Mém. Soc. de Méd. des Hôp.*, 54, 1660, 1^{er} décembre 1930.

BRUNIER. — Bromothérapie intra-veineuse dans les der-

matoses prurigineuses. *Soc. franç. de Derm. et de Syphil.*, 10 novembre 1927.

HEY et KISTHINIOS. — De la substance hypotensive du pancréas. *Presse médicale*, n° 30, 12 avril 1930 p. 502.

SERGENT et MIGNOT. — L'hypertension de la ménopause. *Bull. méd.*, n° 25, juin 1927.

VILLARET, BESANÇON et CACTERA. — Nouvelles recherches sur certains extraits pancréatiques dits hypotenseurs. *Presse méd.*, n° 104, 28 décembre 1929.

RENAUD (P.). — Hypertension et syndromes humoraux. *Rev. crit. de Pathol. et de Thérap.*, septembre 1932, n° 6.

GIROUX et KESTHINIOS. — Traitement de l'hypertension artérielle par les extraits pancréatiques.

LOEPER et DEBRAY. — Traitement de l'hypertension artérielle. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 juillet 1921.

LOEPER, DEBRAY et POUILLAUD. — Traitement de l'hypertension artérielle. *Presse méd.*, 22, p. 473.

NIOLLE. — Traitement de l'hypertension pour les extraits hépatiques. *Deust. Arch. für Klin. med.*, t. CLV, avril 1927.

BARBIER. — Traitement rationnel de l'hypertension artérielle. *Courrier médical*, 4 nov. 1928.

CESPLATS et LANGERON. — Action favorable de l'irradiation de la région surrénale dans les artérites oblitérantes. *Soc. de Radiol. méd. de France*, 8 janvier 1929.

DIMTRACOFF. — Artérite oblitérante et extrait pancréatique désinsuliné. *La Vie médicale*, 10 octobre 1930, p. 963.

- DESCHAMPS (P. N.) et BOUCOMONT. — Physico-pathologie des trombo-artérites des membres et traitement hydro-minéral.
- SÉDILLOT. — 2 cas rares d'insuffisance fonctionnelle du foie chez des asthmatiques. *Journ. des Praticiens*, 19 février 1927, p. 117-121.
- HALLION. — La médication hormonale de l'accès d'asthme et son mécanisme d'action. *Rev. prat. de Biol. appliquée à la clin. et à la therap.*, décembre 1929, 12, p. 359.
- PASTEUR-VALLERY-RADOT et BLANMOUTIER. — La cuti-réaction dans l'asthme. *Presse méd.*, XXXIII, 1925, p. 385.
- THUET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans l'asthme essentiel. *Thèse Strasbourg*, 1927-1928.
- DE GENNES. — Traitement du terrain asthmatique. *Cong. interne de l'asthme*, 4-5 juin 1932. Mont-Dore.
- LÉVI (Léopold). — Contribution au traitement opothérapique de l'asthme. *Cong. intern. de l'asthme*, Le Mont-Dore, 4-5 juin 1932.
- WIDAL, ABRAMI et LERMO. — Anaphylaxie et idiosyncrasie. *Presse méd.*, n° 18, 4 mars 1922.
- WIDAL, ABRAMI et PASTEUR-VALLERY-RADOT. — L'anti-anaphylaxie, Rapport du XV^e congrès français de Médecine, Strasbourg, décembre 1921, p. 325.
- BERTOLAIN. — L'azione dell'adrenalina negli epilettica. *Riv. sperim. di Frenotria*, 1925, XLIX, p. 615.
- HARTENBERG. — Coexistence de l'asthme et de l'épilepsie. Evolution distincte des 2 syndromes. *Gaz. des Hôp.*, n° 23, 19 mars 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, 1925 : article Epilepsie.

MARCHAND, COURTOIS. — Aggravation des crises chez une épileptique avariétonisée. *Soc. clin. de Méd. mentale*, 17 mars 1930.

PAGNIEZ, MOUZON, TURPIN. — De l'action myoclonisante pour le cobaye du sérum de certains épileptiques. *C. R. Soc. de Biol.*, LXXXV, 10 décembre 1921, p. 1049.

LAUBRIE. — Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale. *Presse méd.*, n° 69, 27 août 1932 ; *Congrès des Aliénistes et Neurol. de France et des pays de langue française*, Limoges, 25-30 juillet 1932.

GEYELIN. — Relation of chemical influences including diet and endocrine disturbances to epilepsy *Am. J. med.*, 2, 678-681, I, 1929.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Le traitement actuel des épileptiques. *Monde médical*, n° 699, 1926.

LOUVEL. — A propos des varices internes. *Gaz. méd. du Centre*, 15 avril 1927.

MEISGE. — Le traitement par injection des varices et de leurs séquelles. *Actachir. scandin.* ; *Presse méd.*, 9 octobre 1926.

DOUGLAS, STEWART (H.). — Postwing and varicose veins. *Med. Journ. and record.*, n° 14, 5 juin 1929, p. 609.

TILLARD, SAINT-GIRONS et SALASI. — La tension veineuse périphérique dans les membres inférieurs. *Ann. de Méd.*, XV, mars 1925, p. 27-407.

LEFEBVRE. — Contribution à l'étude du rôle des sécrétions internes dans la pathogénie des varices.

